

Université de Montréal

**La perspective des médecins, des pharmaciens et des parents face au
phénomène de prescription à répétition d'antibiotiques aux enfants de
moins de 5 ans souffrant d'otites moyennes aiguës**

par

Mélanie Ernst B.Sc. Inf.

Faculté de Pharmacie



Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences pharmaceutiques
option pharmacoeconomie

Décembre 2004

© Mélanie Ernst, 2004



QV

705

U58

2005

V. 007

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

La perspective des médecins, des pharmaciens et des parents face au phénomène de
prescription à répétition d'antibiotiques aux enfants de moins de 5 ans souffrant d'otites
moyennes aiguës

présenté par :
Mélanie Ernst

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Claudine Laurier Ph.D.
(président-rapporteur)

Johanne Collin Ph.D.
(directrice de recherche)

Nicole Leduc Ph.D.
(membre du jury)

Résumé

L'otite moyenne aiguë est une des infections les plus courantes chez les enfants de moins de cinq ans. De nombreuses études stipulent que plusieurs facteurs compliquent la prise en charge de cette infection ce qui favorise, entre autre, l'utilisation inadéquate des antibiotiques. L'étude proposée veut approfondir la compréhension du phénomène de surprescription des antibiotiques chez des enfants de moins de cinq ans souffrant d'otites moyennes aiguës à répétition en partant du point de vue des médecins omnipraticiens, des pharmaciens communautaires et des parents. De plus, nous voulions explorer la dynamique relationnelle entre ces trois groupes en relation avec cette problématique. La collecte des données s'est faite par l'entremise d'entrevues semi-directifs chez douze participants, soit quatre de chaque groupe.

Suite à l'analyse des données, trois thèmes généraux ont émergé. Dans un premier temps, nous avons identifié des facteurs susceptibles de modifier les pratiques de prescription des médecins. La complexité à établir le diagnostic d'otite justifie parfois le recours aux antibiotiques. Les contraintes d'organisation telles le manque de temps pour la consultation et la difficulté à effectuer un suivi agissent également. Les médecins questionnés à cet égard, ont affirmé aussi subir une certaine influence de l'industrie pharmaceutique. Finalement, la demande des parents engendrée par des motifs organisationnels se rajoute aux déterminants.

Le contexte de rencontre entre les patients et les professionnels de la santé influence également la prescription. Le peu de temps alloué à la consultation empêche les médecins d'évaluer le niveau de connaissances des patients. À ce titre, il est donc difficile pour eux d'agir sur les « croyances erronées » des patients. Croyant à tort qu'il faut toujours des antibiotiques pour traiter les otites, les parents continueront d'insister pour une ordonnance. Suite aux successions d'infections et aux échecs thérapeutiques, les parents perdent

confiance face aux solutions offertes par la médecine conventionnelle et se tourneront vers les médecines douces.

L'apport principal de l'étude se situe au niveau de la dynamique professionnelle entre pharmaciens et médecins. Pour être en mesure d'effectuer des interventions efficaces auprès des médecins, les pharmaciens ont besoin davantage d'informations médicales au sujet des patients. Au-delà des prétextes mentionnés par les médecins, nous réalisons que la réticence au partage d'information semble être une stratégie utilisée par les médecins pour protéger leur territoire professionnel. Restreindre l'information aux pharmaciens réduit leur capacité à collaborer et freine l'expansion de leur rôle. Laisser plus de pouvoir décisionnel aux pharmaciens semble menacer les médecins. Cela risque d'entraîner des ambiguïtés au niveau des frontières professionnelles.

Quoique nos résultats ne soient pas généralisables à d'autres contextes, ils permettent cependant d'entrevoir qu'une lutte de pouvoir se déroule autour de la gestion de l'information. Manifestement, ce débat confirme que les médecins contrôlent la structure hiérarchique des soins de la santé et par le fait même, l'application de l'expertise propre aux professions « para-médicales ».

Mots clés : déterminants de la prescription, antibiotiques, pharmaciens, médecins, dynamique professionnelle, relation thérapeutique, otite moyenne aiguë

Abstract

Acute otitis media is one of the most common infections among children under the age of five. A number of studies stipulate that several factors make this infection difficult to control, which leads to the inadequate use of antibiotics, among other things. The proposed study is intended to view the issue from the general practitioners', community pharmacists', and parents' perspectives to gain more knowledge about the over-prescribing of antibiotics to children under five who are repeatedly afflicted with acute otitis media. Additionally, we wanted to explore the relational dynamics between these three groups as they relate to this issue. Data was collected through semi-structured interviews with four persons from each group, for a total of twelve participants.

Further to the analysis of this data, three broad themes emerged. First, we identified factors that are likely to modify doctors' prescribing practices. The complexities involved in diagnosing acute otitis media sometimes justify the use of antibiotics. Organizational constraints, such as the lack of consultation time and the difficulties in following up, also have an impact. Doctors stated as well that the pharmaceutical industry had a certain influence on them. Finally, the problem of demands from parents who have daily schedules to maintain is another contributing factor.

The context in which the meeting between patient and health professional takes place drives, to a certain extent, prescribing practices. The limited time allowed for consultation prevents doctors from evaluating patients' knowledge levels. It is therefore difficult for them to act on patients' misconceptions. Mistakenly believing that antibiotics are vital to treating otitis, parents will continue to insist on a prescription. Further to a series of infections and failed treatments, parents lose faith in the solutions offered by conventional medicine and turn to alternative medicine.

The study's main contribution relates to the professional dynamics between pharmacists and medical doctors. To effectively help the doctors in their work, pharmacists need more medical information on the patients. In addition to the doctors' claims, we realize that refusing to share knowledge appears to be a strategy that doctors use to protect their professional territory. Providing limited information reduces pharmacists' ability to collaborate and hinders the expansion of their role. Leaving more decision-making power to the pharmacists threatens the doctors, as it is likely to create ambiguous professional boundaries.

Although our results cannot be generalized within other contexts, they nevertheless allow us a glimpse of the power struggle surrounding information management. This debate apparently confirms that doctors control the hierarchic health-care structure and in turn, the implementation of paramedical expertise.

Key words: determinants of antibiotic use, pharmacists, doctors, therapeutic relationship, professional dynamics, acute otitis media

Table des matières

| | |
|--|----|
| Introduction | 1 |
| Pertinence de l'étude | 3 |
| Objectifs | 4 |
| CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE CONCEPTUEL | 5 |
| Définitions, prévalence et incidence | 5 |
| Les déterminants de la prescription..... | 7 |
| Les facteurs inhérents au médecin | 7 |
| Les facteurs inhérents aux familles (parents et enfants) | 16 |
| Dynamique médecin-pharmacien..... | 22 |
| Questions de recherche | 28 |
| Cadre conceptuel..... | 29 |
| La décision de prescrire | 29 |
| Relation thérapeutique médecin-patient..... | 29 |
| Professions et dynamiques professionnelles | 38 |
| CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE | 43 |
| Stratégie et devis de recherche | 43 |
| Population à l'étude et échantillon | 43 |
| Critères d'inclusions et d'exclusions | 44 |
| Médecins omnipraticiens | 44 |
| Parents | 44 |
| Pharmaciens communautaires..... | 45 |
| Recrutement | 45 |
| Limites | 46 |
| Collecte des données | 46 |
| Méthodes de collecte des données | 46 |
| Analyse des données | 49 |
| Validité et fiabilité | 53 |

| | |
|---|-----|
| Considérations éthiques | 54 |
| CHAPITRE 3 : RÉSULTATS | 55 |
| Déterminants contextuels de la prescription | 55 |
| Dimensions cliniques | 56 |
| Facteurs organisationnels | 59 |
| Représentation pharmaceutique | 60 |
| La demande des parents | 62 |
| Relation thérapeutique | 65 |
| Savoirs et croyances des patients | 65 |
| Interaction professionnel-patient..... | 69 |
| Les alternatives | 77 |
| Dynamique professionnelle..... | 82 |
| CHAPITRE 4 : DISCUSSION | 97 |
| Les déterminants contextuels de la prescription | 97 |
| La relation thérapeutique..... | 102 |
| La dynamique professionnelle | 109 |
| Conclusion | 116 |
| Bibliographie..... | 120 |

Liste des tableaux et annexes

| | |
|---|------|
| Tableau 1 : Plan d'analyse des données codées..... | 52 |
| Annexes..... | I |
| Annexe I: Grille de codage | I |
| Annexe II : Grille d'entretien des omnipraticiens..... | III |
| Annexe III : Grille d'entretien des pharmaciens communautaires..... | V |
| Annexe IV : Grille d'entretien des parents | VII |
| Annexe V : Formulaire de consentement des omnipraticiens..... | VIII |
| Annexe VI : Formulaire de consentement des pharmaciens communautaires | XV |
| Annexe VII : Formulaire de consentement des parents | XXII |
| Annexe VIII : Fiche signalétique des médecins omnipraticiens..... | XXIX |
| Annexe VIX : Fiche signalétique des pharmaciens communautaires..... | XXX |

Liste des sigles et abréviations ¹

CLSC : centre local de services communautaires

MD : médecin omnipraticien

M : mère

ORL : Oto-rhino-laryngologiste

Ph : pharmacien communautaire

® : déposé

s. pneumonie : streptococcus pneumoniae

¹ Dans le but de préserver l'anonymat des participants à l'étude nous avons recours à des initiales servant d'abréviation pour identifier l'appartenance de l'interviewé lors des citations dans cet ouvrage. De plus, le masculin est utilisé uniquement pour alléger le texte. Il désigne à la fois les femmes et les hommes

Remerciements

La réalisation de ce travail n'aurait pas été possible sans la contribution de plusieurs personnes. Je tiens à les remercier pour leur écoute, leur support et leur aide précieuse au cours des différentes étapes de la réalisation de cet ouvrage.

Un remerciement particulier à Madame Johanne Collin, pour son enseignement, sa disponibilité, ses commentaires et son appui généreux sans qui le présent ouvrage n'aurait vu le jour.

Également, je remercie Madame Claudine Laurier et Monsieur David Cohen pour leurs recommandations et suggestions.

Madame Suzanne Ranger pour ses nombreux encouragements.

Pour leur contribution financière, je remercie l'Équipe FCAR sur le Médicament comme phénomène social et culturel, le Fonds du Comité Organisateur du Congrès Pharmaceutique International de Montréal, 1985 et finalement, la compagnie Pfizer Canada inc.

Introduction

Les otites moyennes aiguës représentent la principale infection chez les enfants de moins de cinq ans et la raison première de visites chez un médecin aux États-Unis. Selon certains chercheurs, jusqu'à 80% des enfants américains vont avoir au moins un épisode avant d'avoir atteint l'âge de trois ans (Clements, Langdon, Bland, Walter, 1995). Un estimé américain prévoyait environ trente millions de prescriptions écrites en 1999 pour traiter ces infections (Bauchner, Pelton, Klein, 1999). En terme de coûts pour le système de santé américain, cela représente 3 milliards de dollars américains annuellement (Alsarraf, Jung, Perkins, Crowley, Alsarraf, Gates, 1999). Plusieurs bactéries sont impliquées dans ce processus infectieux. Dans une proportion de 35 à 45 % des cas, l'agent pathogène responsable est le *streptococcus pneumoniae*. Depuis le début des années 1980, on remarque le phénomène de résistance aux antibiotiques. Dans le cas du *s.pneumoniae*, cette résistance prend de l'ampleur avec les années. On cite dans l'étude de Nyquist, Gonzales, Steiner et Sande (1998) que depuis 10 ans, environ 40% des cultures de *s.pneumoniae* démontrent un niveau de résistance intermédiaire à élevé aux pénicillines et aux céphalosporines chez les enfants. La clientèle pédiatrique est plus à risque de propager cette classe bactérienne résistante car les enfants fréquentent des environnements propices aux contagions comme les garderies et écoles (Nyquist et al., 1998).

De nombreuses études ont été faites concernant le phénomène de résistance aux antibiotiques et plusieurs concluent que ce phénomène est associé à la surutilisation des agents antibiotiques.

Tel que documenté dans la littérature, les facteurs favorisant la hausse des prescriptions dans les cas d'otites moyenne sont: 1) une hausse des cas d'otites moyennes aiguës (dû aux garderies) 2) l'accroissement de l'accessibilité aux soins de santé 3) une surprescription des agents antimicrobiens (Palmer et Bauchner, 1997). D'ailleurs, une étude canadienne démontre que le taux de prescription d'antibiotiques excède le taux de diagnostics bactériens (Wang, Einarson, Kellner et Conly, 1999). Dans la littérature médicale, on retrouve plusieurs enjeux liés aux diagnostics d'otites moyenne aiguës tels les dilemmes

thérapeutiques, l'inobservance au traitement antibactérien entraînant des cas de rechutes, la surprescription d'antibiotiques, etc. Nous nous intéressons particulièrement au phénomène de « surprescription » tel que documenté dans la littérature. Dans le cadre de notre étude, le terme surprescription signifie une prescription d'antibiotiques qui n'est pas justifiée par des évidences cliniques. Dans les études consultées pour cette recherche, on fait référence à des termes tels la surutilisation des antibiotiques, la surprescription, l'utilisation non nécessaire et l'utilisation inappropriée des antibiotiques (Hutchison et Foley, 1999) (Belongia, Schwartz, 1998).

L'intérêt de l'étude menée a été d'étudier le phénomène de surprescription d'antibiotiques chez les enfants de moins de cinq ans avec un diagnostic d'otite moyenne aiguë en utilisant la perspective du clinicien, du pharmacien et du parent. Plus précisément, ce sont les attitudes, les perceptions et les facteurs motivationnels qui nous intéressent chez les médecins, les pharmaciens et les parents face à ce phénomène. Pour pouvoir être en mesure d'intervenir sur ce problème il est impératif d'identifier les conditions et facteurs qui motivent les médecins à surutiliser les antibiotiques (Nyquist et al. 1998). Plusieurs écrits documentent les facteurs qui motivent les médecins à prescrire des antibiotiques sans s'être basés sur des évidence scientifiques (Wang et al., 1999) (Bauchner et Klein, 1997) (Barden, Dowell et Lackey, 1998) (Bauchner et al. 1999) (Belongia et Schwartz, 1998) (19). On retrouve deux grands ensembles de facteurs pouvant expliquer ce phénomène : ceux qui relèvent des caractéristiques des médecins et ceux qui concernent les parents. Les facteurs inhérents aux médecins se répartissent en trois catégories : les dimensions cliniques, les facteurs organisationnels et finalement, les influences économiques et juridiques. Les facteurs inhérents aux parents se divisent en deux catégories : les facteurs socio-environnementaux et les facteurs reliés aux connaissances et croyances. Il est important de mentionner que peu d'études considèrent le pharmacien communautaire, la place qu'il occupe dans ce phénomène, sa perspective et les rôles multiples qu'il peut y jouer.

Pertinence de l'étude

Il est établi et reconnu que les médecins surprescrivent. Nombre d'études traitent des pratiques de prescription des antibiotiques de façon générale. Ces études majoritairement quantitatives, s'articulent autour de comparaisons entre différentes classes d'antibiotiques prescrits en rapport avec différentes pathologies. On dénombre aussi des études coûts-efficacité et des études comparatives concernant les variations de prescriptions entre différents spécialistes.

Étudier le phénomène de la surprescription d'antibiotiques dans les cas d'otites moyennes aiguës chez les enfants est d'autant plus pertinent que ces affections représentent la raison première de consultation en cabinet médical et de l'obtention d'antibiotiques. Selon Belongia et al. (1998), les interventions pour contrecarrer la surutilisation et l'usage inapproprié des antibiotiques seront plus efficaces si on développe des stratégies tenant compte des caractéristiques et des besoins locaux et aussi en mettant sur pied des programmes d'éducation destinés aux médecins (par des pharmaciens cliniques, par exemple) dans le but de modifier leur pratique de prescription des antibiotiques.

Enfin, bien que la littérature nous fournisse des données pertinentes sur les facteurs motivant les médecins et les parents à faire un usage inapproprié d'antibiotiques, la plupart des recherches concluent qu'il reste plusieurs aspects à approfondir dans ce domaine et surtout en ce qui a trait à la dynamique entre les médecins, les pharmaciens et les parents. Une étude de type qualitatif comme celle que nous avons conduite a permis de cerner certains aspects de la dynamique interactionnelle entre ces trois acteurs et de mieux comprendre les perceptions, les motifs et les contextes qui influencent le rôle de chacun.

Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'approfondir la compréhension du phénomène de surprescription des antibiotiques aux enfants de moins de cinq ans en partant du point de vue des médecins omnipraticiens, des pharmaciens communautaires et des parents.

Objectifs spécifiques

1. De mieux connaître les perceptions et attitudes face à la prescription d'antibiotiques et face au phénomène de surprescription de chacun des acteurs principaux (médecins omnipraticiens, pharmaciens communautaires, parents).
2. À travers la perception des différents acteurs, explorer la dynamique relationnelle entre parents, médecins et pharmaciens dans la prescription à répétition des antibiotiques.
3. Exposer la question des rôles de chaque acteur et de la perception qu'en ont les autres face au phénomène de la surprescription.

Le premier chapitre fait un survol de l'état des connaissances et soulève des questions de recherche en lien avec la problématique. Nous retrouvons également le cadre conceptuel sur lequel s'articulent les éléments de la discussion. Le deuxième chapitre réfère à la méthodologie utilisée et décrit les différentes étapes de l'analyse des données. Une courte section discute des considérations éthiques et précautions prises pour assurer le respect des droits et libertés des sujets. Le troisième chapitre trace le portrait des résultats obtenus et nous terminons avec le quatrième chapitre sur la discussion.

CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS ET CADRE CONCEPTUEL

Définitions, prévalence et incidence

En terme d'utilisation, la classe thérapeutique des anti-infectieux était au 4^{ième} rang des ordonnances au Canada (ventes au détail) entre octobre 2000 et octobre 2002. Le champ d'utilisation des antibiotiques est très vaste, des infections mineures jusqu'à l'utilisation chez des patients souffrant de conditions potentiellement mortelles. Étant donné leur rôle dans le traitement des infections, les antibiotiques occupent une place importante dans les croyances profondes de l'homme à l'égard de l'intégrité corporelle et de la place qu'ils jouent comme défenseurs de « l'invasion microbienne ». Les antibiotiques sont utilisés partout : chez l'humain, dans l'agriculture, l'aquaculture et l'industrie agro-alimentaire.

Mis à part certains vaccins, les antibiotiques constituent la seule classe de médicaments à ne pas seulement agir sur l'homme, mais aussi sur tout l'écosystème dans lequel il vit entraînant de lourdes conséquences comme la résistance aux antibiotiques (Avorn et Solomon, 2000).

Quant à l'otite moyenne aiguë, elle est une condition qui se caractérise par une inflammation de l'oreille moyenne (exsudation de la muqueuse) accompagnée de douleur, de sensation d'obstruction de l'oreille et d'une surdité de transmission. Chez le nourrisson et l'enfant, les symptômes courants remarqués par les parents sont de la fièvre, des pleurs excessifs, une perte d'appétit, le fait de se frotter l'oreille ou se tirer le lobe d'oreille. Une guérison incomplète peut mener à des complications mastoïdiennes ou endocrâniennes et une perte d'ouïe à différents degrés. Les otites moyennes se rencontrent très fréquemment chez les enfants dont le système de défense des muqueuses respiratoires n'est pas encore parfaitement stabilisé (Portmann et Portmann, 1991) (Rudolph, Hoffman, Rudolph, 1996). La perte d'ouïe résultant des otites récurrentes et/ou traitées partiellement entraînent des difficultés de développement du langage. Par ailleurs, ce retard peut entraîner des

difficultés d'apprentissage et des retards dans le développement social de l'enfant (Roark, Petrofski, Berson et Berman, 1995) (Boccazzi et Careddu, 1997).

On remarque que l'incidence des otites moyennes est à son plus haut lorsque les enfants sont d'âge préscolaire, celle-ci diminuant par la suite. Le fait d'être plus à risque de développer une infection respiratoire, d'avoir un système immunitaire plus faible et un changement de position de la trompe d'eustache expliquent le rapport inverse entre l'âge de l'enfant et l'incidence des otites. Selon Daly (1991), qui a mené une étude épidémiologique sur le sujet, 74% des nourrissons ont un épisode d'otite moyenne aiguë entre l'âge de six et dix-huit mois. Selon une étude récente menée au Canada, la raison première d'une visite médicale avec un enfant est liée au traitement d'une otite moyenne; ce qui représente 33 % des visites des enfants de moins de cinq ans (Wang et al., 1999). Dans 80% des cas diagnostiqués, des antibiotiques ont été prescrits. Trente-neuf pourcent de toutes les ordonnances d'antibiotiques écrites en 1995 dans la province de Saskatchewan pour des enfants de moins de cinq ans étaient pour traiter des otites moyennes aiguës (Wang et al., 1999). Une étude américaine rapporte des résultats similaires citant que 30 % des antibiotiques prescrits l'ont été pour le traitement des otites chez les enfants (Nyquist et al., 1998). Pour les États-Unis, cela représente en 1992, 23.7 millions de prescriptions pour le traitement de l'otite chez la clientèle pédiatrique (Bauchner et Klein, 1997).

L'agent pathogène le plus souvent impliqué dans les cas d'otites moyennes est le streptococcus pneumoniae. Cette bactérie est responsable d'environ 30 à 50 % des infections (Schloss, 1999) (Block, Harrison, Hedrick, Tyler, Smith, Keegan et Chartrand, 1995) (Duchin, Breiman, Diamond, Lipman, Block, Hedrick, Finger et Elliot, 1995). Vient ensuite, dans 20 à 30% des cas, l'haemophilus influenzae; dans 8 à 10% des cas, le moraxella catarrhalis est en cause. Les virus comptent pour environ 20 à 30 % des cas d'infections et ils ne devraient pas donner lieu à des prescriptions d'antibiotiques (Schloss, 1999).

Depuis le début de la décennie, il y a de plus en plus d'intérêt porté au phénomène de résistance microbienne surtout en ce qui a trait au s.pneumoniae. On affirme que jusqu'à 25 % des souches de s.pneumonie seraient résistantes aux pénicillines aux États-Unis (Wang et al., 1999). La résistance varie dans d'autres régions, en Espagne entre autre, 51% des s.pneumoniaes sont résistants et en Hongrie ce taux grimpe à 70% (Block, Harrison,

Hedrick, Tyler, Smith, Keegan et Chartrand, 1995). Il y a une forte association entre la prise d'antibiotiques et le phénomène de résistance microbienne (Wang et al., 1999) (Nyquist et al., 1998). Une étude très alarmante menée dans une communauté rurale aux États-Unis explique que les facteurs de risque associés au développement de résistance aux antibiotiques sont reliés au nombre total d'otites moyennes survenues dans les six derniers mois; à la hausse de consommation d'antibiotiques dans les six derniers mois et au fait d'être en garderie (Duchin et al., 1995). Tel que soulevé par Mangione-Smith, McGlynn, Elliot, Krogstad, et Brook (1999), le problème de résistance aux antibiotiques augmente la morbidité, la mortalité et les coûts pour le système de santé. Par exemple, les patients ayant des infections telles des pneumonies avec des organismes résistants sont plus susceptibles d'être hospitalisés, de devoir faire de plus longs séjours à l'hôpital et finalement, de mourir que des patients ayant le même type de pneumonie mais sensibles à des antibiotiques (Pallares, Gudiol, Linares, Ariza, Rufi, Murgui, Dorca et Viladrich, 1987).

Les déterminants de la prescription

Les facteurs inhérents au médecin

Outre le problème de résistance aux antibiotiques, de plus en plus de recherches démontrent que le taux de prescription des antibiotiques est «anormalement» élevé. Il y aurait des problèmes de surutilisation d'antibiotiques. La surutilisation peut se définir comme étant la prescription de médicament lorsque celle-ci se fait en l'absence de preuve clinique ou/et non basée sur les critères de guide de pratique. Maintes études discutent des déterminants de la prescription. Les déterminants de la prescription sont les facteurs qui incitent le médecin à rédiger une ordonnance.

Les chercheurs qui ont dirigé l'étude en Saskatchewan ont conclu que si les ordonnances d'antibiotiques avaient été faites sur une base de preuve clinique, environ 51% auraient pu être éliminées Wang et al., (1999). Un projet américain a étudié les attitudes des médecins dans leur pratique de prescription des antibiotiques et il en ressort que ceux-ci peuvent réduire les ordonnances de 10 à 30% sans compromettre l'état du patient Barden et al. (1998). Cette étude a été réalisée à l'aide d'entretiens de groupes (*focus group*) où les

médecins ont pu émettre des suggestions favorisant la réduction de prescription d'antibiotiques.

Les dimensions cliniques

Cette catégorie de facteurs renvoie aux connaissances et compétences du médecin face au diagnostic et au traitement de l'otite moyenne aiguë. Cela fait référence aussi à son jugement et à l'applicabilité des connaissances à sa pratique. Le premier facteur expliquant la surutilisation des antibiotiques est l'incertitude face au diagnostic posé. Dans le cas des otites moyennes aiguës, des recherches soutiennent qu'une partie du problème de surprescription réside dans ces incertitudes. Selon l'étude de Boccazzi et Careddu (1997), sur le plan clinique, il est « pratiquement impossible pour un médecin de distinguer une infection virale d'une infection bactérienne » ce qui rend plus difficile la décision de traiter ou non une otite (cité textuellement en libre traduction) (Boccazzi et Careddu, 1997). Comme exemple simple, si un enfant pleure longtemps, sa membrane tympanique deviendra rouge et les chances de mauvais diagnostics augmentent. En fait, selon Pichichero (1998), il y aurait de 40% à 80% de cas de surdiagnostics d'infections bactériennes dans les cas d'otites moyennes aiguës lorsque l'on confirme vraiment le diagnostic avec une tympanocentèse. D'ailleurs, on note aussi des variations de prescription d'antibiotiques en fonction de différentes spécialités médicales. Parmi les enfants de zéro à quatre ans chez qui on diagnostique des infections des voies respiratoires, une étude indique que le pédiatre prescrit 0,57 fois moins que le généraliste. Cette étude mentionne qu'il y a des variations similaires de prescriptions entre les pédiatres et les médecins généralistes dans les cas d'otites moyennes mais ils omettent d'inscrire les ratios dans l'étude (Nyquist et al., 1998). Cette constatation s'applique aussi dans le cas de rhinite purulente chez les enfants. Comme en témoignent les résultats d'une étude comparant les pédiatres et les omnipraticiens dans l'état de la Virginie, les médecins généralistes prescrivent plus d'antibiotiques que les pédiatres et surtout si l'enfant a des antécédents d'otites moyennes (Schwartz, Bishara, Moshen et Sheridan, 1997). Carthy, Harvey, Brawn et Watkins (2000) ont conduit une étude qualitative en vue d'identifier les facteurs déterminant la prescription et les coûts chez les médecins du Royaume-Uni. Des entretiens semi-structurés ont été analysés selon les principes de la recherche qualitative suivant l'émergence de thèmes. Les médecins (lors des cas difficiles) déclarent prescrire de façon

appropriée. Par contre, lorsqu'ils avouent ne pas prescrire de façon judicieuse ils soulèvent le côté humain de la pratique « *the human side of general practice* ». Ils s'accordent le droit (*decision allowance*), lorsqu'ils sont en zone grise, de prescrire selon certaines circonstances individuelles (Carthy, Harvy, Brawn et Watkins, 2000). Enfin, Ochoa, Inglada, Eiros, Solis, Vallano et Guerra (2001) ont étudié l'utilisation rationnelle des antibiotiques sur 6249 cas d'urgence dans 16 centres hospitaliers en Espagne. Pour 25.6% des cas d'otites, la prescription d'antibiotique était inappropriée. D'ailleurs, l'utilisation inappropriée de médicaments ne se limite pas qu'à la classe des anti-infectieux. Selon une étude menée par Collin, Damestoy et Lalande (1999) sur la prescription de psychotropes aux personnes âgées, les médecins interviewés ont soulevés des facteurs pouvant contribuer à une utilisation considérée comme « irrationnelle ». En plus de mentionner l'incertitude face au diagnostic, ils ont soulevé le contexte de concurrence entre médecins qui les inciterait à prescrire pour ne pas perdre leur clientèle.

Plusieurs études nous font remarquer qu'il y a peu de consensus sur les critères de diagnostic et que cela engendre des controverses au niveau du traitement (Froom, Culpepper, Grob, Bartelds, Bowers, Bridges-Webb, Grava-Gubins, Green, Lion, Somaini, Stroobant, West et Yodfat, 1990) (Van Buchem, Dunk et Van't Hof, 1981) (Culpepper et Froom, 1997). Les médecins ne s'accordent pas sur les critères diagnostiques. Un sondage cité dans l'étude de Froom et al. (1990) démontre que pour 165 pédiatres il y a 147 ensembles de critères diagnostics différents. De plus, cette étude nous révèle que l'exactitude du diagnostic chez les nourrissons de 0 à 12 mois est de 58%. Chez les 13 à 30 mois, la proportion de bon diagnostic est de 66%. Finalement, chez les enfants de 31 mois et plus, l'exactitude du diagnostic grimpe à 73,3% (Froom et al., 1990). Cela nous laisse croire que l'erreur de diagnostic peut être reliée à la mauvaise utilisation des critères de diagnostic, à un manque de connaissances sur ceux-ci ou à une mauvaise utilisation des méthodes pour effectuer le diagnostic. Une recherche faite en Italie sur le comportement de prescription des antibiotiques (pour enfants avec otites) conclut que les médecins italiens ont un manque de connaissances concernant les guides de pratiques cliniques (*guidelines*). Ce manque de connaissance se reflète par une variabilité des prescriptions d'antibiotiques en Sicile (Mazzaglia, Arcoraci, Nicoletti et Caputi, 1998). On remarque que les techniques de diagnostic ne présentent pas de différences statistiquement significatives entre les médecins généralistes et les pédiatres. Chez les deux groupes étudiés, l'utilisation des

otoscopes pneumatiques et la tympanométrie se fait de façon similaire (Roark et al., 1995). Mais une étude récente effectuée par Pichichero et Poole (2001) stipule que les pédiatres ont peu de connaissances sur l'otoscopie pneumatique et se trompent de diagnostic 50 % du temps (Pichichero et Poole, 2001). Il n'y a pas de données de ce genre au Québec mais par contre, deux médecins de l'Hôpital de Montréal pour enfants ont développé et publié en 1999 un guide pour faciliter le processus de diagnostic pour l'otite moyenne aiguë. Malheureusement, nous n'avons pas de données d'utilisation et d'efficacité de ces critères (Schloss, 1999). Ce document nous laisse cependant croire qu'il y a un besoin à ce niveau.

Enfin, il existe des cas où le diagnostic posé vient tout simplement légitimer la prescription des antibiotiques. Mangione-Smith et al. (1999) ont conduit une étude pour comprendre comment les attentes des parents modifient le comportement de prescription des médecins. Ils ont administré deux questionnaires aux parents. Le premier questionnaire, donné avant la visite, comportait entre autre des questions sur les attitudes face au désir de recevoir des antibiotiques et sur les attentes face à la consultation avec le médecin. Le deuxième questionnaire, donné après la visite, collectait de l'information sur le degré de satisfaction de la visite et cherchait à savoir si leurs attentes étaient comblées. Après la consultation, les médecins devaient compléter un questionnaire comportant des questions, entre autre, sur leurs perceptions des attentes des parents face au désir de recevoir des agents antimicrobiens, des médicaments contre la toux et des décongestionnants. Dans les cas de diagnostic viral où le médecin croyait que le parent s'attendait à recevoir une ordonnance, 52% en obtenaient une comparativement à 9% des parents chez qui le médecin ne percevait pas de désir d'obtenir une ordonnance. Les chercheurs ont réalisé que lorsque le médecin croyait que les parents s'attendaient à recevoir des antibiotiques, celui-ci avait plus tendance à poser un diagnostic bactérien (chez 70 % des rencontres) que si le médecin ne croyait pas que les parents désiraient des antibiotiques (chez 31% des rencontres). De plus, les médecins ont prescrit des antibiotiques pour 17% des diagnostics associés à des agents pathogènes viraux. Les auteurs concluent que le seul facteur prédictif à la prescription d'agents antimicrobiens était la perception qu'avaient les médecins des attentes des parents. Cependant, les auteurs révèlent que les perceptions des médecins des attentes des parents ne correspondent pas aux attentes réelles qu'ont les parents face au désir de recevoir des

antibiotiques. Ceci nous démontre que des facteurs autres que les connaissances sont en jeu et que la perception des attentes de part et d'autre est à considérer.

En plus de réaliser qu'il y a beaucoup d'ambiguïté et d'incertitude face au diagnostic d'otite, des études concluent qu'il y a peu de bénéfices et de preuves à traiter un enfant par des antibiotiques en vue d'améliorer son état. En contraste avec la « manipulation » du diagnostic pour justifier une ordonnance d'antibiotique à un enfant (cité textuellement : « *In some cases, physicians in our study may have assigned bacterial diagnoses to justify giving an antimicrobial prescription* » tiré de Mangionne-Smith et al., 1999), Culpepper et Froom (1997) ont effectué une revue de sept études avec randomisation (antibiotiques vs placebo à simple insu) et de méta analyses faites par d'autres chercheurs sur différentes avenues thérapeutiques. Leur conclusion est qu'il y a peu de preuves démontrant l'efficacité thérapeutique des antibiotiques pour traiter les otites moyennes. Même le choix et la durée de traitement ne semblent pas influencer le résultat final. Hendley (2002), quant à lui, mentionne qu'il n'y a pas de processus clair qui permette d'identifier les enfants (au moment du diagnostic) qui bénéficieront des antibiotiques. Ces quelques recherches nous font prendre conscience que la problématique ne réside pas seulement au niveau du diagnostic mais va au-delà de ce niveau comme avec la remise en question du traitement antibiotique.

Les facteurs organisationnels

Cette catégorie de facteurs fait référence au cadre organisationnel dans lequel s'inscrit le travail du médecin. À ce sujet, la littérature montre que le mode de rémunération et le volume de patients vus par jour expliquent en partie la variation de la pratique de prescription des antibiotiques. Une étude canadienne conclut qu'il existe un lien entre le taux de prescription et le mode de rémunération ainsi que le volume de patients vus. En fait, les médecins qui ont une rémunération à l'acte présentent de plus hauts taux de prescription d'antibiotiques que les médecins rémunérés à salaire (basé sur la comparaison du taux médian de prescription par patient/année). Lorsque le volume de patients augmente, les médecins rémunérés à l'acte prescrivent plus d'antibiotiques que ceux qui sont rémunérés à salaire. Par contre, la grande faiblesse de cette étude réside dans le fait que les données ont été prises dans une base de données provinciale et que nous ne savons pas si les patients vus par les médecins payés à l'acte versus les médecins payés à salaire sont différents (âge,

statut socio-économique...). Plus précisément, on peut se demander si les patients pédiatriques, qui ont un taux plus élevé d'infections, se sont dirigés plus souvent vers des médecins de cliniques (rémunération à l'acte) que vers les médecins d'hôpitaux (Hutchison et Foley, 1999).

De plus, les médecins affirment que le fait de rédiger une ordonnance conclut la visite médicale rapidement et réconforte le parent par rapport au rétablissement de l'enfant (Barden et al., 1998). Toujours selon Carthy et al. (2000), les omnipraticiens ont exprimé leurs inquiétudes face à la demande croissante des patients en fonction du temps dont ils disposent lors de la consultation. Cela menace la capacité à prendre une décision de qualité, soutiennent les omnipraticiens, lorsqu'il est temps de prescrire. Malgré leurs bonnes intentions, les contraintes de temps jouent sur la capacité à poser un geste significatif. En fait, la quantité de temps dont dispose le médecin agit sur deux aspects lors de la consultation. D'une part, le temps disponible permet au médecin de résister aux pressions du patient et d'autre part, le temps disponible influencera la disposition du médecin à vouloir donner des explications justifiant sa décision de ne pas prescrire. Cela aussi est soulevé dans l'étude de Schwartz et al. (1998). On constate que le temps est un facteur non négligeable.

Une pratique qui se fait couramment est celle où le médecin donne au patient une ordonnance (*back-up prescription*) qui sera exécutée seulement si la condition médicale du patient se détériore. Le médecin explique au patient pourquoi il ne lui donne pas une ordonnance à faire exécuter tout de suite et donne des conseils sur la façon de traiter les symptômes actuels. Le nombre de jours entre la visite médicale et le moment où le patient fait exécuter l'ordonnance est relatif à chaque médecin. Un groupe de médecins américains (Couchman, Rascoe et Forjuoh, 2000) a conduit une recherche au Texas concernant les « *back-up prescriptions* » données pour des problèmes respiratoires. Sur 947 patients enrôlés qui avaient des symptômes respiratoires, 23.3% ont reçu une ordonnance à exécuter immédiatement et 30% ont reçu une ordonnance en « *back-up* ». De ces 30%, la moitié est allée faire remplir l'ordonnance. Cette pratique est associée à un taux élevé de satisfaction chez le patient et réduit l'utilisation des antibiotiques. Les auteurs croient que cette pratique aura un impact sur les attentes et les comportements futurs des patients qui auront un autre épisode d'infection des voies respiratoires. De même, cela permet au médecin d'éviter la

confrontation avec le patient tout en prodiguant de l'information et pourrait même permettre d'éviter certains conflits.

Par contre, cette étude comporte quelques limites. Étant donné que les médecins étaient au courant des objectifs de l'étude, ils auraient probablement changé certaines de leurs habitudes vis-à-vis de la prescription des antibiotiques (effet Hawthorne). L'effet Hawthorne consiste en une modification des habitudes et comportements des gens lorsque ceux-ci savent qu'ils sont surveillés. De plus, l'étude se déroulant pendant la saison de l'influenza, certains médecins croyaient voir plus d'infections virales lors des consultations, ce qui pouvait augmenter le volume de « *back-up prescription* ». Finalement, les médecins n'étant pas familiers avec cette stratégie de prescription ont probablement eu tendance à y avoir recours plus qu'à l'habitude.

Influences économiques et juridiques

En troisième lieu, on retrouve d'autres facteurs exerçant une influence sur la prescription d'antibiotiques dans la pratique médicale pédiatrique. Selon l'étude de Barden et al. (1998), les médecins soutiennent que les compagnies pharmaceutiques les incitent à prescrire d'autant plus qu'elles leur fournissent des échantillons prêts à être donnés aux parents. Toujours selon les médecins, les parents se disent plus satisfaits lorsqu'ils ont en mains ladite prescription. En rédigeant une ordonnance, les médecins ont l'impression de diminuer les risques de litige advenant les séquelles possibles s'il n'y avait pas eu de prise d'antibiotiques. Barden cite que la surutilisation des antibiotiques est reliée aux attentes qu'ont les parents face au médecin. Pour éviter des pertes de temps aux parents, les médecins prescriraient l'antibiotique dès la première visite plutôt que lors d'une consultation subséquente. Cette recherche met l'emphasis sur les perceptions différentes entre parents et médecins face à la surutilisation des antibiotiques. Le facteur économique intervient aussi dans le comportement selon le système de soins de santé du pays comme le mentionnent les auteurs. Car tout dépend de la perspective prise pour analyser les coûts encourus pour la visite médicale et le paiement des antibiotiques (Belongia et Schwartz, 1998).

Toujours selon l'étude de type qualitatif menée au Royaume-Uni sur les déterminants de la prescription chez les médecins omnipraticiens (Carthy et al., 2000), certains médecins ont

affirmé vouloir accommoder les patients plus pauvres en changeant les ordonnances ou en augmentant le volume (nombre de comprimés) pour réduire les dépenses du patient (encourues avec les honoraires du pharmacien). Les caractéristiques des patients sur le plan socio-économique, viennent teinter leur décision à l'égard des ordonnances. Également soulevées dans la littérature, certaines considérations sont omniprésentes chez le médecin lorsqu'il décide ou non de traiter. Notamment des considérations face aux attentes des compagnies d'assurances (en cas d'audit des dossiers médicaux). Une attitude de prescription axée sur la défensive a aussi été mentionnée (Pichichero, 2002).

Influence de la représentation pharmaceutique

Diverses études se sont penchées sur l'impact de la représentation pharmaceutique au sein de la communauté médicale. Dans un contexte où les différents gouvernements imposent des restrictions budgétaires et mettent de la pression pour réduire les coûts dans le système de santé, les compagnies pharmaceutiques sont passées au peigne fin. Sachant que les coûts des traitements médicamenteux ne sont pas en baisse, les mesures promotionnelles de l'industrie pharmaceutique sont surveillées de près. Il est pratique courante pour les médecins voyant des représentants pharmaceutiques de recevoir des cadeaux, allant du simple crayon aux tournois de golf, et jusqu'aux congrès dans des endroits de villégiature. Pour plusieurs d'entre eux, ce geste est vu comme une compensation en échange du temps accordé au représentant. Une équipe de chercheurs américains a mené une étude sur les conflits d'intérêts et l'aspect éthique de la pratique médicale. Ceux-ci ont examiné les médicaments prescrits par des médecins en centre hospitalier pendant une période de 20 mois avant la tenue d'un colloque subventionné par des compagnies pharmaceutiques et jusqu'à 17 mois après la tenue de ce colloque. Ils ont constaté que les médecins ont été influencés (pratique de prescription) par la représentation pharmaceutique. Par contre, ces derniers nient avoir subi cette influence. Les auteurs concluent qu'il y a de sérieux enjeux concernant l'éthique de la pratique médicale et les conflits d'intérêts entre médecins et représentants de l'industrie pharmaceutique (Orlowski, Vinicky et Edwards, 1996). Le fait de donner un cadeau engage à une certaine réciprocité, si subtile soit-elle, soulève Orlowski et al. (1996). L'attente socioculturelle se manifeste par le fait que, lorsqu'il y a un échange de cadeau, un sentiment de réciprocité s'installe dans la perception des médecins, en faveur de la compagnie. Le fait de partager un repas entraîne plus de complications car l'aspect

convivial et l'atmosphère de camaraderie rend la relation particulière, plus intime, entre les invités. De plus, les cadeaux représentent certains coûts pour la compagnie mais le coût ultime est transféré au patient et ce, à son insu. Le fait que les médecins acceptent ces cadeaux joue sur le sentiment de confiance que porte le public face à l'intérêt réel du médecin vis-à-vis son patient (Orlowski et al., 1996). Un autre groupe de chercheurs a conduit, aux Etats-Unis, une recherche exploratoire sur la relation de « cadeau » (*gift relationship*) entre les médecins et la représentation pharmaceutique. Ces chercheurs constatent que la relation basée sur l'échange de cadeau peut compromettre la relation patient-médecin et menacer l'intégrité de la pratique médicale (Madhavan, Amonkar, Elliot, Burke et Gore, 1997). Avorn et Solomon (tiré du texte de Madhavan et al., 1997) soulèvent que les médecins qui se fient sur le matériel promotionnel éducatif donné par les compagnies ont certaines croyances (fausses et erronées) sur les avantages thérapeutiques de certains médicaments même si le contraire est évoqué dans la littérature médicale. Également, Bower et Burkett (tiré du texte de Madhavan, 1997) ont trouvé que les médecins sont plus enclins à prescrire des médicaments innovateurs que des génériques s'ils ont recours au matériel promotionnel comme information de référence, même s'ils disent avoir autant confiance aux médicaments génériques.

Le magazine américain « Medical Economics » a effectué une enquête en 2002 auprès des médecins concernant l'aspect éthique de leur pratique médicale; 71% des répondants croient que le simple fait de recevoir des cadeaux ou des voyages ne diminue pas leur objectivité (Murray, 2002).

On réalise qu'il y a beaucoup de controverse à ce sujet. D'une part, on réalise que les médecins ne reconnaissent pas être influencés par la représentation. D'autre part, l'étude de Madhavan et al., (1997) (qui cerne les croyances des médecins face aux cadeaux reçus) démontre que les médecins sont légèrement en désaccord avec le fait qu'il soit inapproprié d'accepter des cadeaux et sont contre l'idée de rendre publique cette relation entre médecin et compagnie pharmaceutique. Cela laisse croire que, probablement, le public n'apprécierait pas cette pratique.

Finalement, plusieurs médecins seraient contre cette pratique comme le témoigne le site internet : www.nofreelunch.org, où les médecins s'engagent à ne pas recevoir de cadeaux de l'industrie.

La plupart des médecins ayant participé à l'étude de Carthy et al. (2000) pensent que les conseils et les informations données par les représentants des compagnies pharmaceutiques contiennent des demi-vérités. Si les médecins les rencontrent néanmoins pour obtenir certains détails techniques, ils imposent certaines restrictions comme le nombre de visites et la durée de celles-ci. Par le fait même, ils admettent que les tactiques de marketing des représentants peuvent influencer leur façon de prescrire, mais se disent capables de résister à cette pression commerciale.

Les facteurs inhérents aux familles (parents et enfants)

Les facteurs socio-environnementaux

Par facteurs socio-environnementaux, l'on veut dire les conditions générales de la famille et les circonstances entourant la maladie de l'enfant. En faisant un survol de la littérature, on réalise qu'il n'y a pas que les médecins qui sont en cause dans ce phénomène de surprescription mais aussi les parents. Plus précisément, leurs attentes et leur façon d'influencer (dynamique parent-médecin) la décision des médecins jouent également un rôle. Une étude faite par Bauchner et al. (1999) démontre que 96% des pédiatres ont reçu une demande explicite d'antibiotiques de la part des parents même si cela ne s'avérait pas nécessaire. Une proportion de 40% des pédiatres a dit que cela leur arrivait au moins dix fois par mois. Dans seulement 22 % des cas de consultation, les pédiatres affirment ne pas se conformer aux désirs des parents. Les résultats démontrent qu'environ un tiers des pédiatres de l'étude disent satisfaire la demande des parents (Bauchner et al., 1999). Certains parents associent « prise d'antibiotiques » à « chemin le plus court pour retourner à l'école ou à la garderie » (Barden et al., 1998). Une raison principale expliquant cette demande est que plusieurs parents n'ont pas toujours les ressources nécessaires pour garder l'enfant à la maison lorsque celui-ci est malade (Nyquist et al., 1998). Enfin, la question du coût des médicaments peut éventuellement constituer un facteur économique susceptible d'influencer la prise d'antibiotiques.

Stivers (2002) a mené une étude qualitative fort intéressante sur la négociation entre médecin et parent au sujet d'antibiotique (pour des symptômes des voies respiratoires supérieures). Cette étude a été dirigée dans l'état de la Californie et Stivers a eu recours à 360 visites médicales provenant de deux échantillons, soit A et B. Il est à noter que

L'échantillon B a servi pour d'autres études menées par l'équipe de Stivers. L'échantillon A consiste en 306 visites enregistrées sur cassettes audio dans deux cliniques pédiatriques privées comportant dix médecins participants. De cet échantillon, 295 visites ont été retenues pour l'analyse (huit médecins ont effectué ces 295 visites). L'échantillon B consiste en 150 visites filmées sur bandes vidéo dans quatre cliniques pédiatriques privées comportant six médecins. De cet échantillon, 65 visites ont été retenues pour l'analyse. Notons que neuf médecins sont des médecins communautaires et les cinq autres sont des médecins universitaires. Les enfants âgés de deux à 10 ans présentaient des plaintes comme : douleur aux oreilles, douleur à la gorge, toux ou congestion. De l'échantillon A, 42% des diagnostics posés étaient bactériens comparativement à 53% qui étaient viraux. Des antibiotiques ont été prescrits dans 49% des cas. Il n'y a pas de données de ce genre pour l'échantillon B. Néanmoins, Stivers soutient que les proportions sont similaires pour les diagnostics et le recours aux antibiotiques.

L'équipe de Stivers a eu recours à l'analyse des conversations qui mise surtout sur la globalité de l'interaction entre le médecin et le parent. Cette méthode, qui examine les interactions sociales, recherche certains patterns dans les interactions pour être ensuite capable de décrire un style de pratique médicale en lien avec les antibiotiques. Stivers indique que plusieurs chercheurs ont démontré que lorsque le médecin perçoit que le patient-parent s'attend à recevoir des antibiotiques, il sera plus enclin à prescrire de façon inadéquate (tiré de Stivers : Gani et al., 1991; Vinson et Lutz, 1993; Hamm, Hicks et Bembien, 1996; Britten et Ukoumunne, 1997; Cockburn et Pit, 1997; Mangione-Smith, McGlynn, Elliot, Krogstad et Brook, 1999). Il a été aussi mentionné que certains auteurs attribuent l'utilisation irrationnelle d'antibiotiques aux attentes irréalistes des parents. La pression des parents à obtenir des antibiotiques est un déterminant à la prescription. Les médecins ont la lourde tâche de maintenir un certain équilibre entre encourager les parents à participer aux soins de l'enfant sans pour autant céder à leurs pressions.

D'après Stivers, les parents qui préconisent l'utilisation de médicaments auprès du médecin, lui imposent une pression. De plus, les parents risquent de s'opposer à l'autorité et à l'expertise médicale en lien avec les décisions du médecin à prescrire ou non.

Lors de l'analyse de ses résultats, Stivers a observé différentes stratégies utilisées pouvant aboutir au traitement par antibiotique. Les résultats ne seront pas illustrés car ils font

référence à des extraits d'entretiens qui sont analysés de façon rigoureuse, de là la richesse des analyses qualitatives. Par contre, voici les quatre stratégies telles que défini par Stivers selon ses résultats.

La première façon d'initier le processus de négociation en vue d'obtenir des antibiotiques est la requête directe. Le parent mentionne sa préférence pour un antibiotique et cela « oblige » le médecin à considérer la requête. Dans certains cas, les parents obtiendront une ordonnance et spécifieront au médecin qu'ils la feront remplir seulement s'ils le jugent nécessaire. Cela démontre que certains parents croient avoir les connaissances nécessaires pour juger de la nécessité d'exécuter ou non une ordonnance. Stivers a peu rencontré ce scénario dans ses analyses.

La deuxième méthode est de manifester le désir d'obtenir des antibiotiques. Cette méthode, moins directe, diffère de la première dans le sens où cette manifestation ne requiert pas de réponse de la part du médecin. Par exemple, Stivers illustre ce scénario par un extrait d'entretien où la mère espère que l'enfant aura un diagnostic bactérien pour s'assurer que le médecin donnera des antibiotiques : citation de la mère au médecin «... *praying he has a horrible bacterial infection in his ears and you're gonna cure it with two doses of antibiotic* ».

La troisième forme d'action est de poser des questions sur les antibiotiques. Souvent, selon Stivers, les questions concernant les antibiotiques vont se présenter lorsque le médecin aura parlé et décidé de ne pas prescrire un traitement par antibiotiques. Les parents poseront des questions et cela pourra être vu comme un signe de résistance au traitement proposé par le médecin. Les parents qui demanderont des questions exigeront des réponses de la part du médecin.

Finalement, le fait de mentionner que l'enfant a déjà eu des antibiotiques n'implique pas que le médecin doive répondre à une demande. Par contre quand la mère mentionne un ancien traitement au médecin, cela envoie un signal selon lequel elle aimerait avoir le même traitement. Selon Stivers, cette pratique reflète l'implication du parent dans les soins de santé de son enfant.

Cette étude démontre que la rédaction d'une ordonnance résulte d'une négociation entre le médecin et le parent. La décision est teintée par les demandes implicites et explicites des

parents. Dans les cas où les parents ont manifesté une pression quelconque (désir, demande explicite ou implicite) 15 cas sur 31 ont eu une ordonnance pour des antibiotiques. Il y a eu six cas où les médecins ont, malgré un diagnostic viral (et qu'aucun antibiotique fut requis) rédigé une ordonnance à cause de la pression des parents. Dans d'autres cas de négociation, les médecins ont fait preuve de concessions comme appeler le médecin régulier de l'enfant ou envoyer l'enfant passer une radiographie pour démontrer qu'ils font quelque chose de concret. À cause des enjeux sociaux tels la publicité aux consommateurs, la disponibilité de l'information sur internet et le mouvement général de consommation à travers le réseau de la santé, les médecins devront faire face à plusieurs défis car de plus en plus les gens deviennent proactifs et prennent en main leur état de santé.

Les facteurs reliés aux connaissances et croyances

Maintes études recommandent d'investiguer les motivations qui poussent les parents à demander des antibiotiques. Certaines réponses ont été amenées, comme le manque de connaissance sur la nécessité des antibiotiques en général, sur les facteurs de risques de propagation des cas d'otites, ainsi que sur le phénomène de résistance aux antibiotiques etc. (Wang et al., 1999) (Bauchner et Klein, 1997) (Barden et al., 1998) (Bauchner et al., 1999) (Palmer et Bauchner, 1997) (Belongia et Schwartz, 1998) (Green, 1997).

Par connaissance on désigne les informations que détiennent généralement les parents sur les antibiotiques et les otites moyennes aiguës. En plus des demandes d'antibiotiques faites par les parents pour les considérations ci haut mentionnées, d'autres raisons sont élucidées. Une étude faite par Daly et al. (1997) sur les attitudes et connaissances sur l'otite moyenne nous enseigne que les mères ayant participé à l'enquête ont plus de connaissances sur les signes et symptômes que sur les facteurs de risques de l'otite. Le manque de connaissances face aux risques est plus marqué chez les mères provenant des milieux socio-économiques défavorisés (25)². Outre les connaissances, les croyances influencent également les comportements des parents face aux antibiotiques. Une étude faite par Palmer et al. (1997) a évalué les opinions et inquiétudes des parents face aux antibiotiques et conclut que les parents (proportion de 29% des parents de l'étude) se sentent concernés face au fait que

leurs enfants reçoivent trop d'antibiotiques. De ces 400 parents, 18% ont donné un antibiotique à leur enfant avant même de consulter le médecin. De façon générale, 93% des parents croient que les enfants doivent prendre des antibiotiques pour traiter une infection des oreilles. Les parents veulent des antibiotiques pour rétablir l'état de leur enfant de façon efficace et pratique.

Les croyances face aux antibiotiques varient au sein de l'étude de Barden. Certains parents veulent les meilleurs antibiotiques pour ne pas être obligés de revenir plus tard, tandis que d'autres acceptent très bien le fait que le médecin ne prescrive pas d'antibiotiques. À cela se rajoute la perception que les antibiotiques sont inoffensifs (Barden et al., 1998). Ce paradoxe nous incite donc à vouloir cerner les perceptions et attitudes des parents face aux antibiotiques et au phénomène de surutilisation en tenant compte de leur vision face au médecin généraliste et au pharmacien communautaire.

Nombre de médecins affirment que pour diminuer le nombre d'antibiotiques, on doit commencer par mieux éduquer les parents. (Wang et al., 1999) (Nyquist et al., 1998) (Bauchner et Klein, 1997) (Barden et al., 1998) (Bauchner et al., 1999) (Palmer et Bauchner 1997) (Belongia et Schwartz, 1998) (Green, 1997) (Daly et al., 1997) (Schwartz et al., 1997). Toutefois, il faut d'abord mieux cerner les connaissances et les croyances des parents et d'où elles proviennent pour pouvoir intervenir. Une étude réalisée sur des collégiens (discipline d'étude non spécifiée) en Virginie aux États-Unis en 2000 avait comme objectif d'évaluer le niveau de comportement de demande d'antibiotiques chez des étudiants démontrant des symptômes d'infections des voies respiratoires supérieures. Haltiwanger et al. (2001) ont administré des questionnaires à 129 étudiants qui se sont présentés dans une clinique universitaire. Des ces étudiants, 55% s'attendaient à recevoir des antibiotiques. Les auteurs ont réalisé que l'espoir de recevoir des antibiotiques était associé, de façon significative, au type d'infection que les étudiants croyaient avoir. Les étudiants croyant avoir une infection bactérienne s'attendaient plus à recevoir un traitement antibiotique que ceux croyant souffrir d'une infection virale (90% vs 40% $p\text{-value} < 0,01$). De tous les étudiants participant à cette étude, 82% (106/129) croient que les antibiotiques

² Bien qu'il eût été intéressant d'aller vérifier les relations entre le contexte socio-économique et les connaissances, cela ne s'inscrit pas dans nos objectifs.

guérissent une infection bactérienne et 70% des étudiants (90/129) croient que les antibiotiques ne guériront pas une infection virale.

Avec les avantages qu'apportent les études collégiales et l'exposition accrue à différents médias couvrant la problématique de résistance bactérienne, on s'attend à ce que cette population étudiée soit plus consciente de l'utilisation appropriée des antibiotiques et des dangers de leur surutilisation que la population en général. Les étudiants collégiaux seraient plus enclins et qualifiés à assimiler et utiliser cette information. Ce qui étonna les chercheurs de cette étude, c'est que 31% des participants de l'étude ont déjà consommé à un moment donné un reste d'antibiotique leur ayant été prescrit auparavant ou appartenant à quelqu'un d'autre. Ces résultats reflètent un degré inquiétant d'incompréhension sur l'usage rationnel des antibiotiques et autres médicaments prescrits en général, et ce, même au sein d'une population éduquée.

Les parents face à la satisfaction au traitement

Shikar et al. (1999) ont mené une étude dans le but de mesurer la satisfaction des patients en lien avec le traitement médicamenteux de l'otite externe. Le deuxième objectif était d'évaluer la corrélation entre la satisfaction des patients et les effets secondaires des médicaments, les symptômes de l'otite et l'assiduité au traitement prescrit. Au niveau de l'assiduité au traitement les médecins ont démontré que 32 des 34 participants ont pris le nombre prescrit de gouttes ou plus (*overadherent*) à chaque administration. Aussi, une majorité des parents respectent (35%) ou prolongent (56%) la durée du traitement. Par contre, c'est au sujet de l'intervalle d'administration que l'on réalise que les parents (*underadher*) sont moins observants; 59% respectent l'intervalle d'administration du médicament et 38% administrent moins souvent le médicament que le régime prescrit. Les auteurs croient que les parents compensent (car ils ne suivent pas tous l'intervalle d'administration) en donnant plus de gouttes qu'indiqué et en augmentant la durée de traitement. De plus, ces médecins soutiennent que plus l'intervalle d'administration est fréquent, plus on diminue l'assiduité au traitement.

Pour une observance pédiatrique optimale au traitement, les parents devront être satisfaits du médicament prescrit car plusieurs études ont démontré un lien entre la satisfaction des parents et l'adhérence au traitement (Shikiar et al., 1999)³.

Dynamique médecin-pharmacien

Depuis des années, la pharmacie communautaire appuie la médecine. Les pharmaciens prodiguent des services aux patients des médecins. Le modèle historique est que le médecin pose un diagnostic et prescrit, tandis que les pharmaciens fabriquaient et dispensaient la médication. Ce modèle s'est néanmoins progressivement transformé depuis les années '60 à travers la pharmacie clinique puis des soins pharmaceutiques. Par définition, les soins pharmaceutiques sont : «Un modèle de pratique de la pharmacie centré sur le patient, orienté vers les résultats et élaboré de concert avec les autres professionnels de la santé. Il vise à promouvoir la santé, prévenir la maladie ainsi qu'à initier, suivre et évaluer les traitements médicamenteux (Chevalier, Mayer et Villeneuve, 1998). »

Il est à noter que le médecin a presque l'exclusivité de la prescription si bien que l'utilité de l'apport du pharmacien dans la gestion des thérapies médicamenteuses dépend du niveau d'acceptation du médecin face au rôle du pharmacien. Il est à noter que peu d'études se sont intéressées à la dynamique entre ces deux professionnels. Il est essentiel de comprendre la dynamique relationnelle entre ces deux professionnels et le regard de l'un sur l'autre. Il est intéressant de constater que c'est surtout au niveau des tâches exclusives du médecin (comme le droit de prescrire) que prennent naissance certaines frictions entre médecins et pharmaciens. D'où l'importance de se questionner sur les dynamiques professionnelles.

D'ailleurs, Cowen (1992) cite que malgré tous les conflits entre les deux professions depuis des années, beaucoup d'efforts ont été investis pour favoriser une collaboration entre médecin et pharmacien. Cowen croit que l'évolution favorisant une meilleure collaboration

³ Le thème de l'adhérence au traitement est largement discuté dans la littérature et ne sera pas abordé dans ce travail. Nous voulions exposer qu'un aperçu sur l'adhérence et la satisfaction en lien avec les antibiotiques et les otites.

médecin-pharmacien tient à la relation de « dépendance » que le médecin a envers le pharmacien pour obtenir de l'information sur les médicaments.

Communication entre professionnels

Les études qui concernent la relation médecin-pharmacien mettent en relief la difficulté de communiquer ou le manque de communication (Ranelli et Biss, 2000). Ces études suggèrent qu'il faut agir à ce niveau pour améliorer la qualité de soins au patient surtout dans le contexte de pratique axée sur les soins pharmaceutiques. La majorité des contacts se font par téléphone ou par écrit, ce qui veut dire que le pharmacien a un minimum d'informations médicales sur le patient. Cela limite les interventions du pharmacien auprès du médecin. Cela pénalise aussi le médecin dans le sens où il ne peut pas bénéficier complètement des conseils thérapeutiques du pharmacien.

Ranelli et Biss (2000) ont fait un survol des raisons invoquées dans la littérature pour expliquer le manque de communication entre ces deux professionnels. Les pharmaciens ont exprimé leur manque de confiance en leur capacité d'influencer les pratiques de prescription des médecins par leurs recommandations (Mitchell, 1990, extrait de Ranelli et Biss, 2000).

Les communications inutiles et inefficaces initiées par le pharmacien auraient conduit les médecins à être moins enclins à écouter (Schering Report V, 1983 cité dans Ranelli et Biss, 2000).

Toujours selon Ranelli et Biss (2000), une meilleure communication interprofessionnelle a des répercussions positives sur l'efficacité, la sécurité et le coût des thérapies médicamenteuses.

Attentes et perceptions des rôles

Smith et al. (2002) ont conduit une recherche dans le but de cerner les attentes des médecins à l'égard des pharmaciens; de savoir si le niveau de pratique des pharmaciens rencontre les attentes des médecins et finalement, d'identifier les attentes des médecins vis-à-vis les pharmaciens dans le futur. Un questionnaire (avec échelle de Likert) séparé en

trois parties a été envoyé à 2600 médecins en Californie. Néanmoins, soulignons que le taux de réponse était de 19.3%.

Les résultats démontrent que les médecins s'attendent à ce que le pharmacien communautaire assiste le patient dans la sélection des médicaments sans ordonnance le plus approprié. Les médecins ont des attentes différentes (plus élevées) envers les pharmaciens d'hôpitaux comparativement aux pharmaciens d'officines. Les résultats démontrent que seulement 23.2% des médecins ont consulté le pharmacien pour obtenir une approbation concernant l'ajustement d'un médicament. Le fait que ce pourcentage soit si faible démontre à quel point les pharmaciens sont sous-utilisés à cet égard.

Mais le résultat le plus alarmant de l'étude est que les médecins ne s'attendent pas à ce que les pharmaciens prodiguent des services. Les médecins n'ont pas d'attentes claires face au rôle du pharmacien. Pourtant, les médecins ont exprimé le désir que les pharmaciens prennent la responsabilité personnelle de régler des situations problématiques liées aux médicaments (effets secondaires; intolérance et échec au traitement). Mais leur perception de ce que font les pharmaciens avec lesdits problèmes est tout autre. En fait, selon leurs perceptions et leurs expériences, ils croient que les pharmaciens tardent à prendre leur part des responsabilités face aux problèmes reliés aux médicaments. Les auteurs croient que cette discordance entre les attentes et leurs perceptions provient de leur faible niveau d'attente en général. De plus, il ressort que les médecins s'opposent à ce que les pharmaciens développent plus de relations avec leurs patients qu'actuellement. La limite principale de cette étude est le faible taux de réponse qui constitue un biais potentiel de réponse.

Les pharmaciens déplorent leur manque d'autonomie professionnelle et cela représente un obstacle dans l'amélioration de la qualité de vie du patient. Les pharmaciens sont aptes à identifier les problèmes potentiels dans certaines situations cliniques mais pour être en mesure de les régler ils doivent persuader les médecins de prendre les actions nécessaires pour prévenir ou régler le problème. Pour ne pas représenter une menace pour les médecins, l'expansion du rôle des pharmaciens devra être présentée de façon positive et en fonction d'avantages potentiels pour les médecins (Ferro et al., 1998).

Il est important de souligner qu'au moment où se déroulait l'étude, au Québec en 2001, la Loi sur la pharmacie stipulait que l'acte de la pharmacie a pour objet de « préparer ou de vendre, en exécution ou non d'une ordonnance, un médicament ». L'exercice de la pharmacie comprenait la communication de renseignements sur l'usage prescrit ou, à défaut d'ordonnance, sur l'usage reconnu des médicaments, de même que la constitution d'un dossier pour chaque personne à qui un pharmacien livre des médicaments sur ordonnance et l'étude pharmacologique de ce dossier (article 17, section V de la Loi sur la pharmacie)⁴.

Même si nous savons que la mission des médecins est différente de celles des pharmaciens, un projet canadien en Alberta démontre qu'il y a de la confusion entre eux notamment au niveau du rôle que chacun d'eux joue face au patient (Cummings, 1996). Une autre étude discute des deux rôles chez le pharmacien : le rôle social et le rôle technique (Lasselain, 1991). Le rôle social du pharmacien implique d'aider les gens. Que ça soit au niveau de leurs difficultés financières jusqu'à les aider à mieux vivre avec leur état de santé (pathologie). Le rôle technique du pharmacien couvre les aspects de préparation et distribution de médication, ainsi que l'information transmise sur des sujets tels l'hygiène, la prévention et ce qui a trait à leur médication (Lasselain, 1991). Selon un sondage effectué au Canada par Altimed Pharmaceutical Company et the Canadian Foundation for Pharmacy, le public n'est pas bien renseigné sur le rôle du pharmacien communautaire. Certaines gens méconnaissent, entre autre, leur rôle de conseiller en matière de santé, de personne ressource qui peut référer à d'autres professionnels de la santé et finalement, comme le professionnel responsable d'effectuer un suivi concernant les médicaments (Wood, 1997). C'est donc pour cela que nous avons trouvé important d'aller chercher les perceptions des parents face au rôle du pharmacien communautaire.

Ranelli et Biss (2000) ont mené une étude pour comprendre la perception des omnipraticiens face 1) à la communication avec le pharmacien 2) aux rôles de celui-ci 3) au degré de responsabilité avec lequel les pharmaciens accomplissent leur rôle. Ils ont mené des entretiens avec six médecins et effectué un sondage dans l'état du Wyoming (par courrier) auprès de 313 médecins avec un taux de réponse de 59.1%.

⁴ Il est à noter que la loi sur la pharmacie a changé en 2002 avec la loi no. 90.

Les médecins se sentent confortables à l'égard de certains rôles entrepris par le pharmacien comme trouver et prévenir des erreurs de prescription (88%); éduquer les patients (65%); suggérer des médicaments grand public aux patients (63%) et finalement, suggérer des médicaments d'ordonnance aux médecins (52%). Par contre, les médecins sont moins confortables avec certains rôles effectués par les pharmaciens comme suggérer au patient certains médicaments prescrits (43%); surveiller les effets des régimes pharmacothérapeutiques quand le régime ne fonctionne pas bien (43%); surveiller les résultats de régimes thérapeutiques et des plans de traitement (42%) et finalement s'occuper de maux et petits problèmes de santé (*minor illnesses*) (41%).

Les auteurs de cette recherche constatent qu'il y a une corrélation négative entre certains rôles (surveiller les effets des régimes pharmacothérapeutiques quand le régime ne fonctionne pas bien (43%); surveiller les résultats de régimes thérapeutiques et des plans de traitement (42%)) et l'âge des médecins. Le degré de confort décroît à mesure que l'âge augmente. Cela pourrait signifier que les médecins plus jeunes tendent à accepter le rôle élargi du pharmacien axé sur les soins pharmaceutiques. D'ailleurs, d'autres auteurs arrivent à la même conclusion (Bradshaw et Doucette, 1998). Il est aussi soulevé dans la littérature que les médecins s'opposent à des décisions autonomes de la part des pharmaciens. On remarque que l'acceptation par les médecins des services cliniques offerts par les pharmaciens est reliée au degré d'exposition qu'ont les médecins à ces services. De plus, les médecins sont réceptifs et supportent les rôles d'éducation et de consultation mais s'opposent à l'idée que les pharmaciens fassent figure d'autorité en ayant le pouvoir de prendre des décisions indépendantes. Bailie et Romeo, 1996 (cité dans Smith et al., 2002) ont trouvé que les médecins s'opposent à la possibilité que les pharmaciens prescrivent et ce, même sous protocole. Également, les médecins supportent peu le rôle de « triage » et de référence en matière de santé que pourrait avoir le pharmacien.

Un des thèmes émergent de l'étude de Carthy et al. (2000) fait référence au travail entre médecin et pharmacien. En fait, les médecins stipulent que lorsque la relation professionnelle est établie avec les pharmaciens communautaires, les médecins reconnaissent le rôle de « vérificateur d'erreur ». Cependant, les auteurs soutiennent que les médecins interviewés exploitent rarement le potentiel que représente le pharmacien en terme de support décisionnel à la prescription (*prescribing support*).

Collaboration médecin-pharmacien

Il est de plus en plus question de collaboration entre médecin et pharmacien pour mettre à profit l'expertise de chacun surtout lorsqu'il est question d'utilisation rationnelle des médicaments (Pflomm, 2002). Des études avancent qu'il y a un rôle pour le pharmacien dans l'utilisation rationnelle des anti-infectieux. Les responsabilités du pharmacien sont de promouvoir l'utilisation rationnelle des agents antimicrobiens, d'éduquer les professionnels de la santé, les patients et le public (Talley, 1997) (Lampasona, Ebert et Mullenix, 1998).

Pflomm (2002) met l'emphasis sur l'approche multidisciplinaire pour développer des stratégies en vue de réduire la résistance aux antibiotiques. Il est documenté qu'un conseiller thérapeutique est efficace pour modifier les comportements de prescriptions d'antibiotiques. L'étude de Llett et al. (2000) conclut qu'une visite de 10-15 minutes du conseiller (pharmacien), qui a fourni un tableau (*guidelines*) et des explications, a permis de réduire le nombre de d'ordonnances et les coûts associés. C'est pourquoi il nous a semblé essentiel d'explorer la perspective des pharmaciens au sujet de la surprescription des antibiotiques.

On note déjà une collaboration entre médecins et pharmaciens de la province d'Alberta. En effet, ils se sont penchés sur la promotion de la communication et des relations entre ces deux corps professionnels pour améliorer l'observance au traitement médicamenteux et l'utilisation appropriée des médicaments (Driver, 1998). Il est évident que pour arriver à une compréhension de cette dynamique qui fait intervenir ces trois acteurs indissociables (les médecins, les pharmaciens et les patients), il faut aller chercher leurs propres perspectives. Enfin, cela va en lien avec ce que demandait l'Ordre des pharmaciens du Québec aux audiences de la Régie régionale de Montréal-Centre en 1998 sur : «la transformation du réseau afin de plaider en faveur d'une meilleure intégration du pharmacien au réseau de la santé surtout pour favoriser une meilleure utilisation des médicaments (Duclos, 1998). »

Dernièrement, une petite collectivité ontarienne a été le théâtre d'une campagne sur l'utilisation appropriée des antibiotiques. Selon les organisateurs (*Pilot for Appropriate Anti-Infective Community Therapy*), la population mieux renseignée a exercé une moins grande pression sur les professionnels de la santé pour obtenir des antibiotiques «à tout

prix» et, de leur côté, les professionnels, tout en perfectionnant leurs connaissances dans le domaine, ont établi une meilleure communication entre eux (Bousquet, 1998). Selon les évaluations, cette campagne avait permis d'améliorer les choix thérapeutiques dans une proportion de 11% pour les antibiotiques de première ligne et de 7% pour ceux de deuxième ligne. Plus récemment, une autre campagne de ce genre a été menée en Ontario, au Manitoba et en Colombie Britannique où les pharmaciens participants devaient donner des dépliants intitulés : «*Antibiotics—Who needs them anyway?*». Les résultats très prometteurs démontraient que les médecins prescrivaient moins d'antibiotiques de deuxième et troisième lignes qui sont souvent plus dispendieux (Middleton, 2000).

Questions de recherche

À la lumière de cette recension des écrits, on relate de façon générale plusieurs facteurs motivationnels reliés aux médecins et aux parents quant à l'utilisation non rationnelle des antibiotiques. Très peu prennent en compte le rôle du pharmacien, et aucune, la dynamique entre ces trois acteurs. De plus, nous avons vu que la dynamique professionnelle entre le médecin et le pharmacien est un aspect important à considérer.

La présente recherche vise à aller plus en profondeur dans la compréhension du phénomène de surprescription en l'abordant dans une perspective qualitative et en se focalisant sur les attitudes, les perceptions et la dynamique entre médecins omnipraticiens, pharmaciens communautaires et parents. Comme il s'agit ici d'une démarche inductive, nous avons formulé des questions de recherches à explorer plutôt que des hypothèses à tester.

1. Quelles sont les perceptions et attitudes des médecins omnipraticiens face au phénomène de surprescription des antibiotiques chez les enfants souffrant d'otites moyennes aiguës? Quelle est leur vision du rôle des parents et du pharmacien communautaire dans ce phénomène?
2. Quelles sont les perceptions et attitudes des pharmaciens communautaires face au phénomène de surprescription des antibiotiques chez les enfants souffrant d'otites moyennes aiguës? Quelle est leur vision du rôle des parents et des médecins omnipraticiens dans ce phénomène?
3. Quelles sont les perceptions et les attitudes des parents face au phénomène de surprescription chez les enfants souffrant d'otites moyennes aiguës? Quelle est leur

vision du rôle des médecins omnipraticiens et du pharmacien communautaire dans ce phénomène?

Cadre conceptuel

La décision de prescrire

La décision de prescrire repose sur différents éléments au moment de la rencontre entre le médecin et le patient. Nous avons, plus tôt, exposé des raisons d'ordres plus techniques ou cliniques. Cependant, il y a d'autres facteurs qui modulent la décision de prescrire. Beaucoup d'éléments mis en jeu dans la relation médecin-patient peuvent avoir des répercussions sur la décision de prescrire. Il est primordial d'identifier les raisons sociales et les motivations derrière le phénomène de prescription. Pour éclairer et donner du sens à nos résultats et témoigner de la richesse de nos entretiens, le recours aux écrits sociologiques permet de dégager certains concepts autour desquels l'analyse s'articulera.

Relation thérapeutique médecin-patient

Différents facteurs viennent teinter l'établissement de la relation thérapeutique entre le médecin et le patient. Parsons (1964) a décrit la relation thérapeutique selon une perspective sociologique basée sur la perception des rôles et des processus thérapeutiques. Selon lui, la relation médecin-malade repose sur un processus d'interaction sociale. Il réfère à une analogie entre la famille et les institutions thérapeutiques. Le malade peut se comparer à l'enfant et le rôle du médecin s'apparente à celui des parents. Le malade perd en quelque sorte la capacité de remplir ses fonctions habituelles et le malade est dans un état de dépendance (un peu comme l'enfant). Le malade a besoin d'être pris en charge par une personne plus forte et plus compétente. L'analogie entre le médecin et les parents est évidente. Ce sont les personnes sur lesquelles l'enfant et le malade sont amenés à compter. La maladie est donc vue comme une « déviance sociale ». On accorde à la personne malade le droit d'être exemptée de certaines obligations et de se faire soigner. Le malade doit alors accepter que son état soit défini comme indésirable et qu'il soit dans l'obligation d'aller mieux aussi vite que possible. L'institution médicale a alors le pouvoir de définir la frontière entre ce qui est considéré comme normal et ce qui est pathologique.

L'établissement de la relation thérapeutique entre le médecin et le patient est longuement décrit par Freidson (1984). Dans la médecine moderne, lorsqu'il y a une profession, il y a par définition une population profane qui ne connaît qu'une partie du savoir et des pratiques de la profession et qui n'a donc pas les mêmes réactions envers ses maladies. La rencontre entre le médecin et le profane est un processus social organisé selon Freidson. Les variables déterminant la rencontre entre professionnel et profane se trouvent dans les conceptions que les profanes se font de la déviance à partir de la santé. Les définitions « communes » des symptômes et de la maladie sont importantes car elles nous aident à comprendre si le profane se croit malade et donc ira consulter un médecin. La personne souffrante n'invente pas par elle-même les significations mais utilise celles que sa vie sociale lui a fournies. On parle alors d'un « système référentiel » profane constitué à travers leur culture et leur savoir particulier. De la même manière, le savoir et les valeurs des experts qui constituent une profession (telle la médecine) feront partie de l'ordre officiel qui sera imposé au monde du profane. On parle alors du « système référentiel » professionnel. Lorsque le profane perçoit un inconfort ou une maladie, c'est à travers son système référentiel qu'il sera dirigé vers différents types de services médicaux.

Quand le profane consulte un membre de la profession médicale, ses conceptions profanes de la maladie ne sont plus seules, elles entrent en interaction avec celles du médecin. Par conséquent, plus les éléments (attitudes et connaissances) du profane sont proches du corps médical, plus sa culture ou sa sous-culture aura de chance d'être approuvée par la médecine. En conséquence, l'autorité du médecin sera acquise et renforcée au cours du traitement, car ce qu'il diagnostique et prescrit correspond à l'attente du patient. Parmi plusieurs modèles d'interaction entre médecin et patient, Szasz et Hollander (cité dans Freidson) font référence au modèle de « guidance-coopération ». Ce modèle se fonde sur un patient qui est à la recherche d'aide, prêt à coopérer avec bonne volonté. Quand il se tourne vers un médecin, il reconnaît la position de pouvoir de celui-ci, alors que le médecin attendra la coopération du patient. Ce dernier prendra plus d'initiative dans l'interaction que le patient. Mais étant donné les points de vue des deux mondes, profane et professionnel, ils ne peuvent jamais coïncider exactement; ils sont toujours potentiellement en conflit. L'interaction dans le traitement sera vue comme une sorte de négociation. Autant le médecin s'efforcera de garder le monopole de certaines informations, autant le patient s'évertuera à obtenir ces informations.

Freidson stipule qu'il est difficile d'empêcher le patient de jouer un rôle actif dans l'interaction. Surtout dans le contexte de la pratique privée où le système référentiel du profane aura tendance à dominer le système référentiel du professionnel. La situation est tout autre lors des cas de consultations en institution. C'est seulement dans une institution que la prise en charge et l'organisation médicale de la maladie deviennent totalement prévisibles car l'institutionnalisation sépare le patient de son milieu. Dans ce cas, son comportement s'organise selon le déroulement imposé par l'institution. Le système référentiel professionnel dominera le système référentiel du profane.

En accord avec les travaux de Freidson au sujet de la négociation médecin-patient, Bury (1997, tiré de Gabe, Bury et Elston, 2004) rajoute qu'une autre source de conflit entre médecins et patients serait que, selon les médecins, les patients attendent parfois trop longtemps avant de consulter et parfois se dirigent vers les mauvais services. D'où l'importance, selon Bury de maintenir des séances « éducatives » dans le but d'aider les gens à consulter les professionnels appropriés.

De plus, Bury (1997) suggère l'émergence d'un nouveau modèle de la relation thérapeutique entre médecin et patient. En effet, ce modèle serait le produit des changements au sein des structures hiérarchiques des cultures modernes. Dans ce nouveau modèle, médecins et patients seront plus ouverts aux perceptions et aux rôles de chacun dans la gestion de la maladie, surtout dans les maladies chroniques.

Parmi l'ensemble des facteurs qui modulent la relation thérapeutique, nous réalisons qu'une partie s'articule autour de la culture et des représentations que se font les profanes de la maladie et de la confrontation de ces éléments avec la culture « savante » du médecin. Lorsqu'on fait référence au concept de culture, nous ne pouvons nier l'influence de la position socio-économique du patient sur la relation thérapeutique. En effet, Boltanski (1971) a également étudié la relation médecin-patient mais en y intégrant le concept des classes sociales.

En abordant l'effet des classes sociales sur les relations qu'entretiennent les malades avec le médecin on constate que plus la distance sociale entre le médecin et le malade diminue, plus on remarque une fréquence et une intensité des relations. En général, les gens des classes supérieures déclarent qu'ils sont en accord avec leur médecin, ou qu'avec lui le

dialogue est facile parce qu'ils parlent le même langage. À l'opposé, les membres des classes populaires sont plus nombreux à juger que l'examen médical est trop rapide, à estimer que leur médecin ne leur donne pas assez d'explications ou qu'il a tendance à utiliser des mots incompréhensibles. Une telle différence de classe limite la diffusion du savoir médical au cours de la consultation médicale. L'asymétrie de cette relation (malade-médecin) procure au médecin une position d'avantage stratégique puisque ses fonctions lui donnent la possibilité matérielle et le droit légal de manipuler physiquement et moralement le malade au nom d'un savoir que le malade ignore. La transmission du savoir diminue quand croît la distance sociale entre le médecin et le malade ce qui fait que le malade n'est pas en mesure de confronter, voire même de s'opposer, au « discours fort » du médecin, seul détenteur de l'autorité de la science médicale. Il s'ensuit que l'information médicale transmise au cours de la consultation risque d'être minimale lorsque le malade est situé plus bas dans la hiérarchie sociale. Le médecin tend à transformer la relation thérapeutique en une simple imposition d'autorité qui le poussera même jusqu'à cacher les raisons de ses questions, de ses actions et de ses prescriptions.

S'intéressant également à la distance sociale, Mc Kinlay (1975) a mené une étude sur la communication médecin-patient, plus particulièrement sur la compréhension de certains thèmes médicaux chez une clientèle de femmes provenant d'un département de gynécologie et d'obstétrique. Mc Kinlay démontre que les utilisatrices de soins comprennent mieux des termes médicaux choisis que les sous-utilisatrices de soins. Mc Kinlay révèle que les médecins ayant participé à son étude sous-estiment le niveau de compréhension des répondantes appartenant à la classe sociale ouvrière. Selon l'auteur, le fait de sous estimer les connaissances de la classe ouvrière serait le reflet de l'ignorance très souvent imputée aux classes socio-économiquement défavorisées. De plus, cette perception d'ignorance rattachée à ce type de classe aurait comme effet de maintenir une distance sociale entre groupes sociaux différents. Si la distance sociale agit comme barrière à la communication, l'étude de Mc Kinlay a aussi fait ressortir que les médecins tendent à utiliser des termes que leurs patients ne comprendront pas. En conséquence, cette pratique ne fera qu'entraver les chances d'avoir une communication efficace. Également, les problèmes de communication médecin-patient sont souvent vus comme des problèmes venant du patient lui-même. On le culpabilise donc de ne pas comprendre.

Or l'incidence de ces perceptions introduit des répercussions sur la communication médecin patient. Les résultats de Mc Kinlay rejoignent ce que d'autres chercheurs (Skipper et al., 1964, tiré de Mc Kinlay, 1975) ont élaboré sur les effets de la rétention d'information. En effet, cette rétention d'information représente un avantage pour le médecin au moment de l'interaction avec son patient: 1) la communication limitée a comme effet de réduire l'interaction médecin-patient à un niveau instrumental 2) ne pas divulguer d'informations au patient éviterait l'apparition de questions et de confrontations avec le personnel médical sur l'état de santé du patient 3) cela limite les réactions émotives du patient qui pourraient perturber ses chances de rétablissement 4) la communication limitée protège le personnel soignant de la possibilité du patient à découvrir des erreurs médicales ou des signes d'incompétences. Malencontreusement, ces comportements et ces perceptions ne font qu'entretenir un cycle où le patient restera « ignorant » aux yeux des médecins.

D'autres facteurs pouvant influencer la relation médecin-patient ont été soulevés par Gerrity et al (1997). Ils ont découvert que lorsque confrontés à des cas cliniques ambigus et incertains, les médecins ont une variété de réactions face à l'incertitude. Bosk (1980, cité par Gerrity et al., 1997) a mené une étude démontrant que les résidents adoptent différents comportements pour gérer les incertitudes liées aux diagnostics et aux traitements. Ils se font des affirmations, ont des raisonnements probabilistes, rédigent des requêtes pour des consultations, font de l'enseignement « socratique », prennent la décision de ne pas décider ou ont recours au sens de l'humour. Renier les incertitudes, adopter un comportement défensif face aux critiques et démontrer un comportement dominant dans la gestion des patients ont des conséquences importantes dans la pratique médicale. Ces trois facteurs peuvent prédisposer le médecin à surtraiter et donc provoquer des problèmes iatrogéniques.

Apparemment, le haut taux de chirurgies inutiles, l'utilisation d'antibiotiques et de tranquillisants démontrent la propension des médecins, dans les cas d'ambiguïtés et d'incertitudes, à agir au lieu de ne rien faire (Katz, 1984 cité par Gerrity et al., 1997). Les incertitudes représentent une cause d'utilisation excessive de ressources dans le système de santé et expliquent les variations de pratique entre médecins (Gerrity et al., 1997). L'étude conduite par ces auteurs démontre entre autre que certains médecins craignent d'avoir des représailles s'ils partagent leurs incertitudes avec d'autres collègues. Ils craignent aussi les

conséquences légales que cela pourrait entraîner s'ils divulguaient ces incertitudes aux patients. Les médecins confrontés aux incertitudes peuvent développer des sentiments d'échec et d'inaptitude. Selon Heath et Peräkylä (1992, 1998, tiré de Heritage et Stivers, 1999), les patients démontrent plus de résistance et d'opposition lorsqu'on les informe qu'il n'y a pas de problème ou que le problème médical est moins grave qu'anticipé. Également mentionné par Gerrity et al. (1997) plusieurs recherches démontrent que les patients sont moins satisfaits lorsque le médecin partage ses incertitudes concernant le traitement. Cela laisse présager que le patient joue un plus grand rôle que pensé dans la relation thérapeutique.

En cas de doute ou d'incertitude médicale, vaut mieux agir comme si le patient est malade. Par conséquent, le médecin aura recours à un traitement ou à l'utilisation de médicament. Scheff (1966, cité dans Freidson) appelle « règle de la décision médicale » le mécanisme qui conduit le professionnel à faire l'hypothèse qu'il vaut mieux juger que quelqu'un est malade que de le déclarer en bonne santé. Pour le médecin, il est plus sûr de diagnostiquer la maladie. Cette règle, selon Freidson, peut entraîner des conséquences telles des abus thérapeutiques ou des excès chirurgicaux. Freidson cite que même si la tâche du médecin est de prendre des décisions, y compris celle de ne rien faire, il semble que dans sa pratique quotidienne, il se sente poussé à faire quelque chose, ne serait-ce que pour donner satisfactions aux patients.

Selon la mentalité du clinicien, le but de son travail n'est pas le savoir (contrairement au chercheur ou au théoricien) mais l'action. Il veut agir avec succès et aime mieux agir sans grande chance de réussite que ne pas agir du tout. Freidson mentionne que cette prédilection pour l'action conduirait à la prescription. Dans les cas d'incertitudes et de situations inhabituelles, de par sa mentalité, le clinicien sera plus porté à croire à son expérience clinique qu'à la théorie ou à des résultats épidémiologiques. Freidson décrit le clinicien comme étant un « pragmatiste », c'est-à-dire, qu'il accorde beaucoup de valeur et d'importance à l'expérience directe.

L'ordonnance : objet de négociation et représentation symbolique

D'après la recension des écrits effectué par der Geest et al. (1996), une ordonnance a un impact psychologique. Moyen de communication, l'ordonnance est synonyme de pouvoir et facilite le contrôle social. Différents types de rationalités ont été soulevés dans la pratique médicale. Ce qui pourrait, sur le plan biomédical, apparaître comme irrationnel et répréhensible peut avoir un sens au niveau social, culturel et pour d'autres raisons. La prescription est donc aussi un acte social. Elle démontre que le médecin se soucie de son patient et s'y intéresse. À travers l'acte de prescrire, le médecin démontre qu'il reconnaît les plaintes de son patient et essaie de lui venir en aide. L'aspect concret de l'ordonnance correspond à l'aspect concret de la médecine. Ne pas prescrire, pour des raisons biomédicales, pourrait être perçu comme culturellement irrationnel selon cet auteur. L'ordonnance est vue comme un objet de négociation entre patient et médecin car plusieurs symboles y sont rattachés. L'ordonnance en papier avec ses inscriptions quasi « ritualistes » et illisibles se transforme en un contenant de capsules ou de pilules. En fait, la prescription est vue comme une continuation de la consultation médicale, où l'on peut voir cela comme ingérer une « dose du médecin » plusieurs fois par jour. De par leur efficacité et leur symbolisme, les médicaments ont acquis un statut et une force (pouvoir) dans la société. Ils sont vus comme des véhicules d'idéologie, des vecteurs de « prise en charge » et donc perçus comme des foyers d'efficacité.

Savoirs et croyances

Les connaissances et savoirs influent sur la consommation de médicaments. Or, dans cette perspective, il est important d'effectuer un survol de quelques concepts de base sur les savoirs et croyances des gens face à la santé afin de comprendre et saisir le point de vue des parents face au phénomène de surprescription et de consommation d'antibiotiques.

Selon Massé (1995), il existe dans chaque société, parallèlement à un savoir et à un système de soins dominants fondés sur la science ou la tradition officielle, un ou plusieurs systèmes parallèles d'interprétation et de soins fondés sur un ou plusieurs savoirs populaires. Le terme français maladie rend mal compte des diverses dimensions des problèmes de santé tels que l'appréhende l'anthropologie. Les anthropologues anglophones réfèrent à trois termes : *disease*, *illness* et *sickness*. *Disease* évoque sa maladie dans ses dimensions

biologiques, physiologiques et *illness* dans sa dimension culturelle. Le terme *illness* se rapporte « aux réactions culturelles, personnelles et interpersonnelles à la maladie » (Kleinman et al. 1978, tiré de Massé). Young (1982, cité dans Massé) préfère pour sa part recourir au terme *sickness* pour traduire la dimension socioculturelle de la maladie. Il entend par ce terme le processus par lequel l'individu donne des significations socialement reconnaissables à ses dysfonctions ou ses états pathologiques. C'est ce processus qui détermine les choix thérapeutiques des individus.

Les notions de signes et de symptômes sont reliées à ces trois concepts. Alors que les symptômes se rapportent à l'expérience subjective que recouvre le terme *illness*, soit à ce que souffre le malade, les signes sont ce qui est observé par le clinicien, soit les manifestations objectives de la maladie (Eisenberg, 1977, tiré de Massé).

Il existerait, selon Massé, un savoir populaire distinct qui conditionne en grande partie l'attitude et les comportements des individus à l'égard de la maladie. Il est important de situer ce savoir populaire par rapport aux savoirs dits « savants ». La culture populaire est définie à travers ses oppositions et différences par rapport à la culture « savante ». La culture « savante » se rapporte à l'ensemble des savoirs qui sont sanctionnés par les scientifiques et les penseurs dominants à une époque donnée.

La culture populaire reliée à la santé et à la maladie peut être définie à partir de 3 composantes majeures : 1) un savoir populaire qui en constitue le cœur 2) une culture matérielle 3) des pratiques reliées à la prévention ou à la thérapeutique.

La culture matérielle englobe hôpitaux, équipements technologiques, instruments diagnostiques, médicaments etc. Les médicaments, les « remèdes de bonnes femmes » en sont aussi des exemples. On note aussi des pratiques reliées à la prévention et/ou à la thérapeutique. La culture populaire, d'abord vécue, se traduit en gestes et en comportements, reliés tantôt à la prévention de la maladie, tantôt en soins thérapeutiques. Elle se réfère aussi à la consommation de médicaments non prescrits, au recours à telle thérapie ou à tel thérapeute traditionnel pour traiter un problème de santé. Le savoir populaire relié à la santé est bâti à partir d'éléments de base comme les croyances, les attitudes et les valeurs. Ce savoir permet à l'individu d'interpréter la maladie selon les éléments de sens qui s'inscrivent dans son expérience personnelle de la maladie. Les

représentations font partie des éléments de base du savoir populaire. Les représentations prennent la forme d'images mentales ou de visions globales véhiculées par la population sur les maladies ou sur la santé. Selon Massé, c'est de cette façon qu'on parle de la représentation sociale d'un *bon médecin*, d'un médicament *efficace* ou d'un hôpital *fiable*.

La sociologie de la santé, tant française (Herzlich, 1969) qu'américaine (Freidson, 1970; Mechanic, 1978), utilise largement le concept de représentation de la maladie et de la santé pour expliquer les comportements reliés à la santé. Selon Blumhagen (1980), il y a trois sources principales d'où proviennent les éléments du savoir populaire : une source non professionnelle, c'est-à-dire des croyances véhiculées au travers de discussions et de conversations des membres du réseau social. Une source professionnelle, qui concerne les modèles explicatifs transmis par les médecins, les thérapeutes professionnels ou de diverses médecines officielles ou parallèles. Finalement, une source idiosyncratique, c'est-à-dire les croyances générées par les individus à travers leurs expériences et observations.

Massé note que cette troisième source du savoir met en évidence l'importance du rapport entre le vécu et le savoir. Le vécu est créateur de savoir et l'expérience personnelle peut être considérée comme un mode de connaissance. Toujours selon Blumhagen, il existerait autant de savoirs, ou de systèmes de croyances, que d'individus vivant avec des problèmes de santé particuliers.

Ces différents types de savoir pourraient entraîner des confrontations entre les gens. Par exemple, en Occident, la rationalité biomédicale (c'est-à-dire avec fondement scientifique) est une valeur centrale où l'on ne considère comme valables que les concepts ou les comportements qui sont explicites, consistants, cohérents et sans ambiguïtés. Cela se retrouve surtout dans le modèle médical : tout processus diagnostique ou tout geste thérapeutique doit être fondé sur des hypothèses qui ont été vérifiées et testées dans des conditions empiriques et contrôlées (Helman, 1990; cité dans Massé 1995). C'est à travers la rationalité biomédicale que les professionnels de la santé posent leur regard sur les systèmes de croyances et les pratiques populaires.

La logique des comportements de recherche d'aide n'est pas nécessairement liée de façon directe à l'efficacité thérapeutique, qu'il s'agisse de médecines parallèles ou de médecine officielle. Les savoirs populaires et les comportements reliés à la santé, ne peuvent être

jugés irrationnels du seul fait qu'il n'y a pas guérison, donc qu'ils soient peu rationnels sur le plan scientifique. Massé estime que même la consommation de médicaments prescrits n'a rien d'un geste rationnel dans la mesure où les gens ignorent tout de la composition de ces produits et de leur pharmacodynamie.

Les notions reliées aux connaissances et aux savoirs permettent d'explorer et de comprendre plusieurs facettes lors de l'interaction entre le médecin et son patient. L'établissement de cette interaction se fait à travers un processus de négociation qui résulte, entre autre, de la confrontation des cultures différentes entre professionnel et profane. De plus, les obstacles à la communication entre médecin et patient semblent représenter un atout pour le médecin dans le but d'entretenir une certaine ignorance donc une possibilité de domination sur son patient. Il est intéressant à noter que la négociation qui se passe entre médecin et patient se répète aussi d'une manière différente entre le pharmacien et le médecin. Certes, le contexte de négociation est différent mais il regroupe des éléments explicatifs en lien avec les savoirs et connaissances de chacun, avec l'application de celles-ci, l'expertise de chacun, la limite territoriale etc. Il paraît donc essentiel d'approfondir certaines notions sur les professions et dynamiques professionnelles car là aussi, il sera question de savoirs, de négociations et de lutte pour garder un certain contrôle sur un champ d'expertise donné.

Professions et dynamiques professionnelles

C'est aux travaux des interactionnistes symboliques à partir des années 50, que l'on doit d'avoir établi que les professions sont des constructions sociales. L'interactionnisme symbolique considère que la professionnalisation est le processus de prise en charge de la production d'une catégorie de biens ou services par un groupe occupationnel qui est parvenu à réserver à ses membres le contrôle d'un champ (Strauss, 1992). Les professions étaient dorénavant vues comme des constructions sociales. Les travaux de Freidson ont été marquants à cet égard. Son étude de la profession médicale américaine stipule que l'autonomie et la dominance sont les assises d'une vraie profession. Les nouveaux théoriciens ont davantage changé leur vision face au phénomène de professionnalisation. Ils se sont plus penchés sur les différentes formes que prenait la professionnalisation.

L'approche interactionniste a été critiquée pour la tendance à regarder les professions de l'intérieur ce qui contribua à l'émergence du mouvement néo-wébérien. Ce mouvement appréhende les phénomènes de profession et de professionnalisation à partir de marchés, de frontières professionnelles et de fermeture sociale. Selon Saks (1983), le concept de fermeture renvoie au processus par lequel une communauté ou un groupe social régleme et contrôle les conditions du marché en leur faveur (face aux concurrents) en diminuant l'accès à certaines opportunités à un groupe limité. La professionnalisation, selon Saks, est vue comme un processus de fermeture sociale par lequel des groupes de producteurs cherchent à restreindre l'accès à un segment du marché à un cercle limité de personnes. La fermeture légale procure aux membres, sur leurs concurrents, certains bénéfices comme la protection de la loi, une légitimité et un accès privilégié à des ressources financières, administratives et politiques, sous forme d'accès exclusif à certaines fonctions. Avec le temps, ces privilèges deviennent institutionnalisés et renforcent la capacité du groupe privilégié à s'opposer à toute atteinte à son champ réservé. Ainsi, les médecins et les dentistes dont le statut a été établi sur des bases légales au milieu du 19^{ème} siècle, étaient dans une position de force relative quand de nouvelles occupations sont apparues sur le marché des soins. Pour maintenir intacte les frontières autour de leur territoire légitime, ils ont utilisés diverses stratégies dont la subordination en les privant du droit de poser un diagnostic. Tel que décrit par Willis 1983, (cité dans Dussault, 1988) l'exclusion, la limitation, la subordination sont des processus de monopolisation. Tel que vu par Parkin 1979 (cité dans Dussault, 1988), les pratiques restrictives des professions dominantes ont leur contrepartie dans les pratiques usurpatrices des groupes exclus ou subordonnés qui cherchent à renégocier leur rapport au groupe dominant. Ces groupes cherchent aussi à convaincre l'État de la légitimité de leurs demandes et à s'attirer son soutien. Pour les néo-wébériens, celui-ci est acquis au terme d'un processus socio-politique par lequel un groupe de producteurs a pu, par des stratégies de légitimation, obtenir un soutien important d'une clientèle et de groupes influents (partis politiques, universités, médias) et à résister à l'opposition de ses concurrents ou à la neutraliser.

Le système professionnel constitue un système interdépendant où chaque profession, ayant ses propres activités, est soumise à certaines juridictions de pratique (Abbott, 1988). Certaines professions sont subordonnées à d'autres. Les luttes de juridiction ou luttes de territorialités permettent l'évolution des professions en favorisant le développement

organisationnel et c'est via ces luttes que l'histoire de celles-ci change. Étant donné qu'aucune fonction n'est réservée de façon définitive à un groupe professionnel, les professions forment un système en changement. Et c'est dans ce système d'interactions que les compétitions entre professions se déroulent. Des tâches sont abolies tandis que d'autres sont créées ce qui réajuste continuellement les professions. Ces changements peuvent être provoqués par la technologie, la politique ou d'autres facteurs sociaux qui font que les tâches et fonctions se divisent.

Appliqué au champ de la santé, la notion de monopole pour la profession médicale se rapporte à travers des actes tels que : poser les diagnostics, prescrire et fournir des traitements. Selon Freidson, la médecine a le monopole officiellement reconnu de définir ce que sont la santé et la maladie, et de soigner. Les autres professions comme les infirmières et les pharmaciens ont été légalement subordonnés aux médecins par le mécanisme de la prescription qui les empêchait d'offrir leurs services sans qu'un médecin ne leur en ait donné l'ordre. Le travail dans le domaine de la santé est doté d'une structure verticale où la hiérarchie est basée sur des rapports de domination et de subordination. Les médecins et les dentistes ont le privilège d'exercer de façon autonome et de pouvoir diriger le travail des autres producteurs de soins, sans être eux-mêmes soumis à une évaluation ou une régulation externe. Freidson a appelé « dominance professionnelle » cette position dans la division du travail.

Dans le contexte de dominance, pour qu'une profession conserve le monopole, Abbott (1988) explique comment les groupes professionnels contrôlent les compétences et les connaissances. L'auteur s'attarde à l'évolution et aux interrelations qu'entretiennent les professions entre elles. En fait, l'évolution des professions se fait au gré des interactions. En retour, ces interactions sont dominées par la façon dont ces groupes contrôlent les compétences et les connaissances. D'après Abbott, il y a deux manières d'exercer ce contrôle. En premier lieu, on met l'accent sur les techniques. Le groupe exerce le contrôle sur certaines techniques. La deuxième forme de contrôle implique la notion de connaissances dites « savoirs abstraits » (*abstractions*). Les compétences et habiletés découlent des connaissances et le contrôle du travail repose sur la maîtrise des savoirs abstraits (ambiguïtés) générés par les compétences techniques.

Toute occupation peut se procurer une licence ou développer un code d'éthique. Mais seulement un système de connaissance géré par des savoirs abstraits donne l'opportunité de redéfinir des problèmes et des tâches. Cette capacité engendrée par les savoirs abstraits permet aux membres du groupe de se défendre face aux intrus et leur permet de s'approprier de nouveaux problèmes et de redéfinir leurs frontières professionnelles, c'est-à-dire, les tâches qui leur sont réservées.

Appliqué au cas de la dynamique professionnelle proprement dite entre médecin et pharmacien, Ray (1998) soulève quelques interprétations plus concrètes dans la pratique clinique. Il entreprend une recherche plus profonde sur les liens entre médecins et pharmaciens. Selon lui, la dynamique professionnelle entre médecin et pharmacien repose sur l'approche multidisciplinaire. Cette approche regroupe plusieurs membres dans un groupe clinique qui exercent une tolérance envers les autres disciplines. Concrètement cela veut dire que la majorité des décisions de traitement sont prise par un individu (généralement le médecin) en sollicitant ou non l'apport des autres disciplines. L'autorité décisionnelle de chaque discipline est établie à l'avance par des politiques organisationnelles. D'ordre général, les décisions ne requièrent pas de consensus car, encore, la décision ultime revient au médecin puisque avec son autorité, il domine les recommandations et avis des autres.

Quant à l'approche interdisciplinaire discutée par Ray, elle augmenterait le niveau de confiance entre les professionnels (médecin et pharmacien) et permettrait d'approfondir la compréhension de l'apport de chaque professionnel. Dans ce processus, les médecins commenceraient à être plus confortables avec les rôles des pharmaciens comme à l'égard de la gestion de certaines thérapies médicamenteuses. Cela permettrait aux médecins de ne pas avoir à passer beaucoup de temps à essayer de rester à jour avec les nouveaux médicaments et guides thérapeutiques. Les sociologues de la santé affirment que cette approche n'est pas représentative de la norme. Certaines frontières entre professions deviennent de plus en plus minces et certains territoires entre professions sont partagés et deviennent alors flous. Cette zone qualifiée par Ray devient une «synapse» entre 2 professions.

Plusieurs barrières sont à l'origine de la difficulté d'adhérer au travail interdisciplinaire : la formation des médecins met l'emphasis sur le fait qu'ils sont en charge; on n'enseigne pas

ce genre d'approche aux professionnels de la santé et finalement, cette approche est plus dispendieuse que l'approche unidisciplinaire. D'ailleurs, les besoins complexes de l'humain ne peuvent être pris en charge par une discipline (même si elle comporte des sous-spécialités). En fait, aucune discipline ne peut se suffire à elle-même. On n'a qu'à penser à la relation médecin pharmacien entretenue par le médicament.

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

Stratégie et devis de recherche

Le devis de recherche utilisé est l'étude de cas avec plusieurs niveaux d'analyses ayant comme finalité le développement d'une explication concernant l'organisation des différents facteurs et motifs liés à la prescription chez les médecins omnipraticiens, les pharmaciens et les parents en regard de la surprescription des antibiotiques chez les enfants de moins de cinq ans. L'étude met l'accent sur les processus en cause à partir d'une collecte des données sur les trois groupes soit : les omnipraticiens, les pharmaciens et les parents. La collecte des données pour les trois acteurs a été faite de manière rétrospective.

Population à l'étude et échantillon

La population visée par notre étude est constituée de médecins omnipraticiens, de pharmaciens communautaires et de parents ayant un enfant de moins de 5 ans avec des antécédents d'otites moyennes aiguës fréquentes ou à répétitions. Des tableaux comportant une brève description des caractéristiques des médecins omnipraticiens et des pharmaciens communautaires ont été insérés en annexe. Concernant les caractéristiques des mères nous savons seulement qu'elles ont entre 25 et 35 ans, qu'elles sont issues de classes moyennes et qu'elles ont toutes 2 enfants ou plus.

Contrairement à l'étude de type quantitatif qui se fonde sur un échantillon statistiquement représentatif, notre méthode d'échantillonnage se veut non probabiliste, c'est-à-dire constitué de participants volontaires. Cette technique est fréquemment utilisée dans les domaines de la recherche médicale et des sciences sociales entre autre. Il n'y a donc pas de souci de représentativité statistique mais plutôt de représentativité théorique.

L'échantillon est constitué de douze sujets, soit : quatre médecins omnipraticiens travaillant dans des cliniques privées, quatre pharmaciens communautaires et quatre parents du territoire de Laval. Ce nombre est similaire à celui d'autres études qui se sont penchées sur le même phénomène auprès de populations différentes (Mangione-Smith et al., 1999) (Ross, 1998). Compte tenu de la spécificité du thème abordé dans l'étude et de l'homogénéité

relative de chacun des sous-groupe, nous pensons qu'un tel échantillon permettra d'atteindre une certaine saturation du matériel émergent et de fournir suffisamment d'informations pour générer des hypothèses, voire un modèle théorique susceptible d'être testé à plus grande échelle dans le cadre de recherches subséquentes.

Critères d'inclusions et d'exclusions

Médecins omnipraticiens

Les critères d'inclusion pour les médecins omnipraticiens sont de travailler dans une clinique où le mode de rémunération est à l'acte et d'avoir une clientèle pédiatrique. La raison qui nous incite à sélectionner des médecins omnipraticiens rémunérés à l'acte est que ceux-ci sont reconnus pour prescrire plus d'antibiotiques que leurs confrères travaillant à salaire (Hutchison et Foley, 1999). La deuxième raison pour effectuer l'étude chez les omnipraticiens est que dans 70% des cas, les parents vont aller consulter en cabinet privé plutôt qu'à l'hôpital. Toutefois, ces données proviennent encore d'une étude américaine (Byrns, Bondy, Glazner et Berman, 1997)⁵. Les médecins devront entre autre être francophones pour faciliter la réalisation de l'entretien.

Les critères d'exclusion des médecins sont d'avoir une rémunération de type salarial et de ne pas se consacrer exclusivement à la pratique privée. En effet, nous cherchons à rejoindre des omnipraticiens qui sont représentatifs des omnipraticiens en général et non pas des médecins ayant des affiliations universitaires.

Parents

Les critères d'inclusion pour les parents sont d'avoir un enfant de moins de cinq ans ayant des antécédents d'otites moyennes aiguës fréquentes ou à répétition. Étant donné leur expérience de cette maladie, les parents seront plus sensibilisés à la problématique et ils auront déjà enclenché un processus de réflexion plus poussée sur cette question. Les parents devront être francophones.

⁵ Mentionnons qu'il serait intéressant de voir la différence de pratique de prescription d'antibiotiques entre les omnipraticiens rémunérés à salaire (CLSC) comparativement aux omnipraticiens rémunérés à l'acte (clinique privée) mais sur un si petit nombre de médecins, il faut viser l'homogénéité du groupe pour parvenir à une certaine saturation.

Les critères d'exclusion pour les parents sont le fait d'être un professionnel de la santé car leur niveau de connaissances sur les otites moyennes aiguës, antibiotiques et phénomène de surprescription risquent d'influencer leur perception du phénomène à l'étude. De plus, nous excluons les parents dont les enfants ont déjà participé à des essais cliniques ou autres recherches reliés aux problèmes d'otites, car ces parents auront des perceptions différentes des parents n'ayant pas participé à des études sur des sujets similaires.

Pharmaciens communautaires

Les critères d'inclusion pour les pharmaciens sont de travailler en pharmacie communautaire et être situé à proximité ou dans une clinique médicale car nous voulons rejoindre des pharmaciens qui sont exposés à des contacts fréquents avec des omnipraticiens de ces cliniques. De plus, les pharmaciens devront avoir une clientèle familiale et pédiatrique car nous voulons éviter les pharmaciens qui ont développé des spécialités particulières. Ils devront être francophones.

Les critères d'exclusion pour les pharmaciens sont ne pas se consacrer exclusivement à la pratique en pharmacie communautaire.

Recrutement

Le recrutement des sujets s'est déroulé au printemps 2001. La sélection des médecins omnipraticiens a été faite par l'entremise des contacts déjà établis dans le cadre d'études antérieures faites par le groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) auprès de diverses structures et organisations dans le domaine de la santé de la région de Laval⁶. Des lettres ont été envoyées à différentes cliniques médicales et ont été suivies d'un rappel téléphonique. La même procédure a été appliquée pour les pharmaciens communautaires. Le recrutement des parents a été fait par l'entremise de garderies du territoire de Laval et d'un centre communautaire (affiche en annexe).

⁶ Le GRASP est associé à la Régie régionale de Santé et Services Sociaux de Laval dans le cadre d'une équipe de partenariat (Université/ Régie Santé et Services Sociaux) financée par le Conseil québécois de la Recherche Sociale (CQRS). Ce partenariat permet de faciliter l'accès au terrain sur le territoire de Laval.

Évidemment, ces lieux de recrutement n'ont été utilisés qu'avec l'accord des responsables de ces endroits.

Par la suite, un rendez-vous a été fixé à la convenance des participants pour effectuer les entretiens semi-dirigés. Par souci d'éthique, tous les participants ont signé un consentement libre et éclairé. Les entretiens se sont déroulés pour la plupart dans les bureaux (médecins et pharmaciens) des répondants ou au domicile (parents). La durée des entretiens a varié entre 40 et 75 minutes. Les entretiens ont eu lieu entre janvier 2001 et mars 2001.

Limites

Nous gardons en tête que les médecins voulant participer à l'étude peuvent présenter des comportements différents en terme de prescription d'antibiotiques comparativement à ceux ne voulant pas participer mais nous ne pouvons recruter autrement pour une petite étude comme celle-ci se voulant descriptive et explicative. De plus cela s'applique aussi pour les pharmaciens communautaires et les parents. De toute manière, cette étude est exploratoire et ne vise pas la généralisation statistique.

Collecte des données

Méthodes de collecte des données

On retrouve plusieurs types de collecte de données en recherche qualitative, par exemple l'observation, l'analyse documentaire, les « *focus group* », les entretiens et les questionnaires écrits. Nous avons sélectionné comme source des données, l'entretien semi directif.

Avec le consentement des participants, les entretiens semi directifs ont été enregistrés sur cassette audio. Il s'agit de l'outil de choix pour recueillir nos données car c'est une approche de recherche selon Savoie-Zajc (1997) qui tente de comprendre le sens d'un phénomène à l'étude tel que perçu par les participants d'une recherche et qui utilise pour ce faire la dynamique de co-construction de sens qui s'établit entre le chercheur et les participants.

Les entretiens ont été structurés selon un certain nombre de thèmes principaux. Il a semblé pertinent de construire une grille de questions mettant l'emphasis sur les perceptions, attitudes, lien interactionnel ainsi que sur le rôle des médecins, des pharmaciens et des parents (les grilles d'entretien sont en annexe). Trois entretiens préliminaires (avec un représentant de chaque groupe) se sont avérés essentiels pour «entraîner» la chercheure et raffiner les grilles d'entretiens afin d'assurer une meilleure collecte des données. La grille d'entretien utilisée pour les médecins et les pharmaciens regroupe trois thèmes communs généraux : le contexte de pratique, le contexte clinique et la recherche de solutions.

Le contexte de pratique fait référence au type de clientèle qu'ils ont et aux relations entretenues avec les autres professionnels comme les médecins, les pharmaciens et les représentants pharmaceutiques. De plus, pour les médecins, nous retrouvons une section sur les otites moyennes aiguës pour illustrer des informations sur l'incidence, l'apparition des otites et leur opinion sur les événements qui favorisent l'apparition et la récurrence des otites. La section portant sur le contexte clinique rend compte de leur travail de consultation avec les patients qui sont aux prises avec des otites à répétition. Nous voulions collecter des informations sur les traitements possibles, les ambiguïtés soulevées par les otites récurrentes, la difficulté à poser le diagnostic, le recours à d'autres solutions ou professionnels de la santé et leurs limites en tant que médecins ou pharmaciens face à ce problème. Également, nous avons cherché à faire ressortir chez les médecins et pharmaciens leurs perceptions sur les croyances et connaissances des parents face à cette problématique. De plus, la position du pharmacien en tant que personne ressource capable d'identifier et offrir des solutions au médecin a été explorée. Finalement, nous avons aussi voulu identifier des facteurs motivationnels quant à la prescription chez les médecins et, parallèlement, l'opinion du pharmacien face à la décision de prescrire des antibiotiques. La dernière section portait sur la recherche de solutions de la part des médecins et des pharmaciens face à la surprescription d'antibiotiques. Nous voulions identifier la place des parents dans cette problématique et la possibilité de recourir à des solutions alternatives. Notons que pour les médecins et les pharmaciens une fiche signalétique a été complétée question d'en savoir plus sur leur formation et autres activités professionnelles.

La grille des parents comporte des questions qui visent à identifier leurs connaissances et croyances sur les otites et les antibiotiques. Les questions ne visaient pas à évaluer le niveau de connaissances mais plutôt leur provenance et comment celles-ci modulaient leurs actions en cas d'infection chez l'enfant. Aussi, dans une problématique où les infections se font fréquentes, nous avons questionné les parents sur le phénomène de surprescription d'antibiotiques pour mettre à jour ce qu'ils connaissaient. De même, nous avons porté une attention particulière aux attentes des parents face à la consultation avec le médecin et la consultation avec le pharmacien. De plus, nous en avons profité pour explorer leurs perceptions du rôle du médecin et du pharmacien en général et face à cette problématique.

Erickson (1986) discute de certains facteurs indispensables à l'établissement d'une relation de confiance avec l'informateur. Ces facteurs ont été pris en considération lors des entretiens. Il s'agit de :

- La neutralité du jugement face à l'informateur. Dans cette étude, la chercheure a veillé à rester neutre par rapport aux propos de l'informateur et a cherché à faire émerger chez l'informateur, l'argumentation qui lui a permis de formuler son opinion sur les thèmes de l'entretien.
- La confidentialité dans les propos échangés entre la chercheure et ses informateurs : la chercheure s'est abstenue de révéler les informations échangées d'un informateur à un autre.
- La clarté des thèmes de l'entretien chez la chercheure, de sorte à faciliter la mise en confiance et la collaboration avec l'informateur. Ceci renvoyait à la préparation d'un guide d'entretien qui a servi de canevas d'entretien à la chercheure.

Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires (1997) évoquent un principe qui consiste à mettre l'interviewé à l'aise par des éléments de mise en scène. En effet, cela concerne les diverses dispositions prises par l'intervieweur dans le but de faire oublier à l'informateur tout ce qui, dans le contexte de l'entretien, peut faire obstacle à l'énonciation de leur discours ou, mieux encore, dans le but d'aménager un contexte favorable à la confiance. Au cours de nos entretiens, nous avons convenu de l'endroit le plus favorable au bon déroulement de l'entretien. Nous avons rencontré les mères à leur domicile de façon à dépayser le moins possible ces dernières par rapport à leurs habitudes de vie. De plus, le recours au magnétophone a été fait de manière discrète dans la mesure où les interviewés peuvent oublier sa présence pour ne pas les gêner.

Les entretiens ont été enregistrés pour faciliter la transcription sous forme de verbatims. Aucune compensation n'a été remise aux participants de cette étude. Ces entretiens ont tous été conduits par la chercheure pour permettre d'éviter les variations inter observateurs assurant ainsi une meilleure "fiabilité" des résultats. Remarquons que la chercheure a eu une formation sur les méthodes de recherches qualitatives.

Le plus, une fiche synthèse a été faite suite à l'entretien avec les sujets pour aboutir à une récapitulation globale où figurent les éléments principaux du contact : planifier le prochain contact; suggérer des codes nouveaux ou modifiés; améliorer communication et coordination; se remettre le contact en mémoire lorsqu'on reprend la transcription des notes de terrain pour quelque raison que ce soit; servir de support à l'analyse elle-même.

Analyse des données

Transcription et codage :

La première étape dans l'analyse des données est de bien organiser et retranscrire les entretiens en verbatims. Tous les entretiens ont été transcrits intégralement en utilisant le logiciel Microsoft Word 2000®. En guise de vérification, tous les entretiens ont été réécoutés et lus en même temps.

Le processus d'analyse des données s'est inspiré de la méthode expliquée par Tesch (1990). La première étape consistait à segmenter le texte selon les idées perçues. Autrement dit, chaque segment doit référer à une unité compréhensible et doit garder une signification en elle-même lorsqu'elle est décontextualisée. La deuxième étape consistait en la codification des segments; cela renvoie au sujet dont il est question dans le segment. Une fois les codes établis, on effectue le passage à la catégorisation.

L'idée de la catégorisation est de passer à un niveau plus conceptuel, bref, de regrouper les codes par similitude conceptuelle. Pour cette étape et les prochaines, la chercheure a suivi la méthode décrite par Paillé (1994) qui élabore bien sur ce processus. Une fois les catégories décrites, il incombe d'établir des liens entre eux. Plus précisément, en quoi et comment les catégories sont-elles liées à la lueur des questions de recherche. Pour faciliter cette démarche la rédaction de mémos s'est avérée essentielle pour exprimer les idées issues des données en permettant un début d'élaboration conceptuelle.

Et finalement, les catégories (dans notre cas il s'agit de codes) ont émergé en des thèmes généraux. Une fois les thèmes analysés, nous serions en mesure d'identifier un pattern, voire une récurrence, pour comprendre le phénomène. Il s'agissait de dégager une modélisation du phénomène (type de phénomène, propriétés du phénomène, les antécédents, les conséquences et les processus en jeu au niveau du phénomène) de la surprescription, dégager l'interaction entre les trois acteurs.

Le codage représente une étape fondamentale dans l'analyse des données puisqu'elle consiste à attribuer des codes représentatifs des idées contenues dans les séquences de mots, voire des paragraphes. Chaque paragraphe a été numéroté pour faciliter l'analyse. Avoir recours au paragraphe est avantageux dans le sens où nous avons pu limiter le codage aux séquences désirées.

Notons qu'il y a eu des cas où certaines séquences ont été codées sous deux thèmes. Car certaines séquences pouvaient être applicables ou compléter des séquences sous d'autres thèmes. Ceci était fait dans le but d'assurer une meilleure fiabilité du codage et donner une meilleure compréhension du phénomène.

Afin d'effectuer le codage, une grille a été élaborée conjointement avec la directrice sur la base des guides d'entretiens utilisés avec les omnipraticiens, les pharmaciens communautaires et les parents.

La grille de codage est composée de 5 thèmes généraux, soit :

- Contexte de pratique
- Contexte clinique
- Relation thérapeutique professionnel / parent
- Connaissances
- Solutions préconisées

Les thèmes majeurs sont complétés par des codes qui eux font référence à des sous-codes ce qui permet de distinguer les unités de sens sous-jacentes. La grille comporte jusqu'à 3 niveaux de codes classés en arborescence. Ainsi les informations codées sous « Facteurs influençant l'utilisation des antibiotiques (2213) » se réfèrent au sous code plus général « Utilisation des antibiotiques (221) ». Le sous code « Utilisation des antibiotiques » est englobé par le code général « Traitement de l'otite moyenne aiguë (22) ». Ce dernier fait

parti du thème « Contexte clinique (2) » (v. tableau 1). Ceci a été particulièrement utile car ce genre de matrice de codage permet d'amasser le plus d'information et de la catégoriser à un niveau conceptuel plus élevé. La grille de code présentée plus loin a subi quelques modifications, car le codage étant un processus itératif, des codes ont été ajoutés et modifiés, afin de pouvoir prendre en compte les unités de sens qui ont émergé au cours du codage des entretiens.

Une fois le codage terminé, le matériel codé a été rassemblé pour chaque groupe. Des grilles de comparaison ont été faites au sein des trois groupes en vue de comparer et de saisir les points de discordance et d'homogénéité.

Cette mesure a facilité la compréhension du phénomène vécu par chacun des groupes et a servi lors de l'ébauche des résultats. De plus, cette grille a pu clairement démontrer les discours divergents entre les trois groupes par rapport à certains thèmes discutés lors des entretiens tels les croyances sur les antibiotiques et le recours aux traitements alternatifs aux otites pour n'en nommer que quelques-uns.

Plan d'analyse des données d'entretiens

Pour faire un bon contrôle de la fiabilité, la chercheuse effectua un deuxième codage de certaines sections en vue de comparer le nombre d'accords (de codes) versus le nombre de désaccords. Pareillement, une fois les grilles de comparaisons terminées, la chercheuse réécouta les entretiens en suivant la grille pour s'imprégner du contexte initial.

On retrouve trois types de données d'entretiens : les notes d'entretiens, les séquences codées et les séquences non codées. Les notes d'entretien ont été utilisées lorsqu'elles fournissaient des informations supplémentaires pour l'analyse des données. Les données non codées ont été très utiles pour situer certaines données codées dans leurs contextes pour mieux saisir le sens. Le tableau 1 présente le détail du plan d'analyse des données codées.

Tableau 1 : Plan d'analyse des données codées

| Thèmes | Codes | Information provenant de la grille de codage ⁷ |
|---|---|---|
| Contexte de pratique | Clientèle | 11 |
| | Environnement et organisation du travail | 12 |
| | Relation avec les omnipraticiens | 131 |
| | Relation avec les pharmaciens | 141 |
| | Relation avec les représentants pharmaceutiques | 151 |
| Contexte clinique | Diagnostic de l'otite moyenne aiguë | 211 ; 212 ; 213 |
| | Traitement de l'otite moyenne aiguë | 221 ; 2211 ; 2212 ; 2213 ; 231 |
| | Rôle professionnel | 2311 ; 2321 |
| Relation thérapeutique professionnel-parent | Expérience et antécédants | 31 |
| | Interactions avec le médecin | 321 |
| | Interaction avec le pharmacien | 331 |
| Connaissances | Antibiotiques | 411 |
| | Otite moyenne aiguë | 421 |
| Solutions préconisées | Continuité des soins | 511 ; 512 ; 513 |
| | Enseignement et éducation | 521 ; 522 ; 523 |
| | Partage de l'information médicale | 53 |

L'utilisation des chiffres dans la grille de codage permet rapidement d'identifier la trajectoire de l'information et de mieux la situer par rapport aux 5 thèmes généraux.

⁷ Présentée en annexe.

Validité et fiabilité

Afin de remplir les critères de rigueur scientifique qui sont propres à la recherche qualitative, Sandelowski (1986) propose quatre critères de vraisemblance à respecter. Les critères scientifiques traditionnels connus sous le nom de fiabilité interne et externe s'apparentent aux termes de potentiel confirmatif et d'imputabilité procédurale. Les deux derniers critères renvoient aux concepts de validité interne et externe, soient la crédibilité et la transférabilité des résultats.

Potentiel confirmatif (fiabilité interne)

Le potentiel confirmatif vise la réduction des biais occasionnés par l'observation et les mesures prises. Ceci correspond au caractère vérifiable des résultats d'une recherche qualitative. Dans la présente étude, en vue d'assurer une transparence du devis, la chercheure a exposé toutes les étapes (sections précédentes) de la collecte des données

Imputabilité procédurale (fiabilité externe)

L'imputabilité procédurale correspond à la transparence avec laquelle les données empiriques sont traitées. Pour assurer cette «fiabilité», la chercheure a tenu un journal de bord pour documenter l'entrée sur le terrain et le déroulement des entretiens. Pour assurer la fiabilité externe, c'est-à-dire que si d'autres chercheurs employant les mêmes procédés auprès de populations similaires arriveraient aux mêmes conclusions, toutes les étapes de l'analyse des données ont été expliquées. De plus, la chercheure a effectué l'analyse des catégories de participants une à la fois pour permettre une immersion de la culture de chaque groupe. Finalement, plusieurs rencontres ont eu lieu avec la directrice de recherche pour guider et discuter des étapes d'analyse de données et de rédaction des résultats.

Crédibilité (validité interne)

La crédibilité renvoie à la capacité avec laquelle le devis rend compte du phénomène empirique c'est-à-dire, des interprétations et des représentations issues de la recherche correspondant au monde vécu des participants. Selon Poupart et al. (1997), la validité interne renvoie à la justesse des résultats de recherche. Différentes étapes pour assurer la validité interne ont été effectuées. Pour obtenir une collaboration maximale des interviewés, la chercheure s'est inspirée des stratégies d'entretien telles que décrites par

Érickson (70). Au besoin, à la fin des entretiens, certains thèmes ont été clarifiés auprès des interviewés. Également, plusieurs rencontres ont eu lieu avec les membres du comité aviseur (Madame Johanne Collin, Ph.D., Madame Claudine Laurier Ph.D. et Monsieur David Cohen Ph.D.) pour discuter des différentes étapes de l'étude.

Transférabilité (validité externe)

La transférabilité veut dire le degré avec lequel les résultats sont applicables à d'autres sites. Il importe donc de décrire en détail le contexte des cas (participants) parce qu'ils fondent les éléments clés sur lesquels on peut faciliter le transfert des résultats à d'autres sites. De manière concrète, la chercheuse a exposé certaines limites concernant la sélection des médecins omnipraticiens et des pharmaciens communautaires. De plus, les limites de l'étude sont soulevées à la fin du quatrième chapitre.

Considérations éthiques

Dans le cadre de notre étude, toutes les dispositions nécessaires ont été prises pour assurer le respect des droits et libertés des sujets. Les formulaires de consentement et le protocole ont été approuvés par le comité multifacultaire d'éthique de l'Université de Montréal (CMESS). Les répondants ont fourni par écrit leur consentement libre et éclairé à participer à cette étude. Par ailleurs, la participation des répondants est volontaire et ils sont avisés de la possibilité de se retirer de la recherche à tout moment et cela sans préjudice. Mélanie Ernst, seule chercheuse pour cette étude, est la seule personne à connaître l'identité des participants et garantit la confidentialité et le respect de la vie privée. Mentionnons que tout le matériel d'enregistrement des entretiens et listes des noms des participants a été détruit à la fin de la période de rédaction.

CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

À l'issue des propos recueillis, nous avons identifié plusieurs facteurs qui expliquent en partie le phénomène de surprescription des antibiotiques. Suite à l'examen de ces différents facteurs, trois catégories d'analyses ont émergé et seront présentées en trois sections. Premièrement, nous allons dévoiler les déterminants de la prescription qui exposent des facteurs d'ordre plus pragmatique. Ensuite, nous allons décrire la relation thérapeutique qui fait référence, entre autre, aux attentes, aux représentations des rôles de chacun et à la consultation qui ouvre la porte à une négociation possible entre professionnel et profane. Nous terminerons avec la dynamique professionnelle qui dresse le tableau des différentes relations et stratégies utilisées entre médecins et pharmaciens pour arriver à un terrain d'entente.

En recherche qualitative, il est d'usage de laisser « parler » les personnes interviewées et de citer les extraits les plus significatifs et les plus exemplaires. Ces illustrations servent à donner le point de vue des personnes mais surtout elles donnent plus de poids aux commentaires théoriques. Finalement, elles ont aussi pour fonction d'aider le lecteur à mieux comprendre et s'imprégner du phénomène étudié (Deslauriers, 1991). Les citations présentées (écrites en italique) sont celles qui expriment le mieux les éléments qui ressortent des discours de chacun des acteurs.

Déterminants contextuels de la prescription

Les déterminants de la prescription englobent tous les facteurs qui sont susceptibles d'avoir un impact sur la décision du médecin à rédiger une ordonnance pour un médicament. Il est important de rappeler que ces déterminants sont extérieurs à l'interaction médecin-patient. À la lumière des entretiens, différents facteurs ont été soulevés par les médecins, les pharmaciens communautaires et les parents. Les facteurs ont été répartis en quatre catégories : les dimensions cliniques, les facteurs organisationnels, la représentation pharmaceutique et finalement la demande des parents. Notons que la demande des parents se retrouve également dans la relation thérapeutique et qu'elle s'inscrit dans la présente section parce qu'elle réfère aux aspects liés à l'organisation familiale. Comme nous avons

analysé la perspective de chacun des trois groupes d'acteurs face à ces facteurs, nous les exposerons de façon successive.

Dimensions cliniques

Cette catégorie de facteurs ne s'applique qu'aux médecins et aux pharmaciens. Elle renvoie aux connaissances, aux compétences et aux expériences du médecin face au diagnostic et au traitement de l'otite moyenne aiguë. À la lueur des entretiens, plusieurs difficultés ont été soulevées à l'égard de l'établissement du diagnostic et de la gestion du traitement. L'expérience des médecins démontre qu'il y a une certaine ambiguïté quant au diagnostic de l'otite moyenne aiguë. Selon eux, cela entraîne des répercussions sur la gestion du traitement et la décision de prescrire ou non. Avant de prendre la décision de rédiger une ordonnance, le médecin trace un tableau clinique de la situation.

Or, poser le diagnostic d'otite n'est pas comme poser d'autres diagnostics médicaux où l'on peut se baser sur des résultats de culture ou de bilans sanguins. Les médecins doivent se fonder sur les informations transmises par les parents autant que sur l'examen physique de l'enfant. Ils évaluent depuis combien de temps l'enfant est fébrile, s'il se plaint de douleur, si le tympan est rouge, s'il a de la rhinorrhée, bref, ils dressent un portrait clinique.

Il n'est pas toujours évident, lors de l'examen de l'oreille, d'évaluer la couleur du tympan à l'aide de l'otoscope. Un des médecins interviewés mentionne la difficulté à évaluer la couleur du tympan et le fait que celle-ci peut changer si l'enfant pleure longtemps : *« Si on est bien honnête, l'otoscopie n'est pas toujours aussi évident que ça a en l'air. Des fois, c'est très difficile et ambigu. Il y a toute la zone grise où le tympan n'est pas tout à fait normal. Il n'est pas si rouge que ça. L'enfant pleure beaucoup et puis les tympans sont peut-être rouges parce qu'il pleure. À ce moment là, c'est de prendre un peu l'histoire plus l'examen et voir si on devrait traiter (MD3;37-42). »*

Tous les médecins s'accordent pour dire qu'il n'y a aucun moyen de faire la différence « cliniquement » entre une infection virale et bactérienne; par conséquent, ils stipulent que cette difficulté fait que certaines otites sont traitées tandis que d'autres devraient l'être: *« Je n'ai pas d'études pour dire c'est quoi la proportion mais il y a sûrement des enfants qui ne sont pas traités alors qu'ils ont une otite. Puis il y en a sûrement qui n'ont pas d'otites puis*

qui sont traités à cause de cette difficulté là (MD3;37-42). » « Probablement le diagnostic de type bactérien est surévalué en terme de nombre. Et puis évidemment est sur traité, ça on en est certain (MD4;52). »

De plus, certains médecins affirment que les risques de complications suite à une otite non traitée peuvent jouer sur la décision de prescrire : *« Ils (les médecins) n'ont pas le choix parce qu'il y a des complications graves à l'otite moyenne aiguë. Puis s'ils oublient d'en traiter ou n'en traitent pas assez, ils peuvent passer à côté d'une otite moyenne qui va évoluer en mastoïdite ou en abcès cérébral (MD4;74). »*

Lorsqu'ils ne sont pas en mesure d'établir clairement le diagnostic d'otite moyenne aiguë, les médecins ont recours à deux scénarios pour clarifier la situation : premièrement, ils peuvent demander l'opinion d'un collègue pour valider leur jugement clinique : *« Viens donc regarder les oreilles! » Cela permet de renforcer mon opinion. Puis aussi par rapport aux parents, si on a décidé d'attendre pour traiter, on est deux qui pensent la même chose (MD3;106). »*

Deuxièmement, ils peuvent demander au patient de revenir consulter plus tard pour évaluer l'évolution des symptômes. Cela constitue une alternative au traitement immédiat avec des antibiotiques. Cette pratique a été soulevée par tous les médecins, surtout dans le contexte où ils sont en face de leurs patients réguliers. Ils laissent évoluer la situation et ré-examinent l'enfant dans un délai d'environ 24-48 heures pour évaluer les symptômes ce qui permet de confirmer le diagnostic initial. Il n'y a pas de consensus quant au délai suggéré aux parents. Cette décision est prise de manière subjective et varie d'un médecin à l'autre : *« Si c'est un patient à moi, si je suis capable, je vais le faire patienter. Puis je vais le revoir dans 2-3 jours pour réexaminer (MD2;56). » « ... s'il continue à faire de la fièvre ou s'il continue à avoir tel ou tel symptôme ... on devrait se donner le moyen de revoir nos patients pour clarifier le diagnostic dans 12-24-48 prochaines heures (MD4;60). »*

Une telle pratique met en évidence les difficultés liées au diagnostic d'otite moyenne aiguë. En demandant aux parents de revenir consulter dans 24-48 heures, les médecins attribuent aux parents la responsabilité du suivi médical et donc, du traitement éventuel. Néanmoins, il faut que les parents manifestent l'intention de revenir. Comme explique ce médecin, le manque de fiabilité des parents peut influencer la décision de prescrire :

«Lorsqu'on a un tympan qui n'est pas tellement rouge, on serait peut-être mieux d'attendre. Probablement qu'on éviterait souvent l'utilisation d'antibiotiques. Mais c'est sûr que si on a un contexte où on pense qu'on ne reverra pas l'enfant et qu'on est moins confiant que les parents sont fiables, on va être plus facilement influençable à donner un antibiotique (MD3 ;116). » Il est important de signaler que la propension des parents à revenir consulter le médecin dépend aussi de leur organisation familiale (facteurs organisationnels). On peut se demander, entre autre, s'ils ont les ressources nécessaires et le temps disponible pour revenir voir le médecin.

Par rapport aux dimensions cliniques, nous réalisons que les pharmaciens partagent les perceptions des médecins. Mais leur contribution en terme d'information à ce sujet se situe au niveau des choix thérapeutiques utilisés par les médecins pour traiter l'otite moyenne aiguë. Ils sont conscients de la difficulté à établir le diagnostic et croient que l'utilisation « inadéquate » des antibiotiques est liée à cette difficulté. Ils mentionnent que le patient pourrait attendre, laisser développer les symptômes et consulter plus tard. Les pharmaciens croient que les médecins prescrivent des antibiotiques pour prévenir des complications. D'ailleurs, cette crainte est également omniprésente chez les pharmaciens: *«Si on ne prescrit pas d'antibiotiques puis que dans la nuit il se tape vraiment une perforation du tympan (Ph2; 164). »*

Sur le plan clinique, le problème principal rencontré par les pharmaciens est au niveau des choix thérapeutiques. Les pharmaciens sont peu enclins à dire s'il s'agit de surprescription d'antibiotiques dans le cas d'otite mais réalisent que les médecins ne prescrivent pas les antibiotiques recommandés par les guides thérapeutiques. Évidemment, avant d'affirmer cela, ils vérifient si le traitement indiqué sur l'ordonnance est approprié pour le diagnostic qu'ils ont pris soin de demander aux patients. Les pharmaciens mentionnent également que les médecins ont recours à des antibiotiques à large spectre. Ils remarquent tous que l'AMOXIL®, qui est l'antibiotique de choix pour l'otite moyenne aiguë au moment où les entretiens ont été effectués, est sous-utilisé ou prescrit à de faibles doses. Certains pharmaciens croient que cette pratique est reliée au désir d'obtenir un succès thérapeutique rapide : *« Le médecin veut se débarrasser, il veut s'assurer que ça soit efficace. Mais le problème c'est qu'on risque de créer des résistances avec ça (Ph2;140). »*

« ...L'AMOXIL® n'est plus prescrit. Les gens vont aller directement avec ZITHROMAX® ou CLAVULIN®... l'AMOXIL® là, j'en passe presque plus. On dirait que les gens veulent le succès thérapeutique tout de suite alors il (le médecin) passe à une molécule avec un spectre différent (Ph1;90). »

Par ailleurs, le manque de connaissances sur les recommandations suggérées dans les guides thérapeutiques pourrait expliquer pourquoi certains médecins adoptent ce comportement de prescription. Comme l'illustre ce pharmacien, ce geste n'est pas sans conséquences : *« Si dès le début on avait eu un antibiotique efficace, pas nécessairement un à large spectre mais quelque chose avec une dose efficace combiné avec le bon choix, on n'aurait pas eu cette perte de temps et d'argent avec l'enfant qui souffre plus longtemps (Ph4;188). »*

Facteurs organisationnels

Cette catégorie de facteurs fait référence au cadre organisationnel dans lequel s'inscrit le travail des médecins et des pharmaciens.

L'environnement dans lequel œuvre le médecin semble jouer sur la pratique de prescription. Pour certains, les médecins du sans rendez-vous ou de l'urgence ont une pratique de prescription plus agressive : *« ...Contrairement à mes collègues au sans rendez-vous qui ne connaissent pas les personnes qu'ils traitent... ils (les collègues médecins) doivent être « over treaters » « ... s'ils y viennent à l'urgence (les patients), ils s'attendent à repartir avec une prescription (MD2;118). »*

En fait, le discours de certains médecins à l'égard des différents lieux de pratique donne l'impression que le contexte de travail teinte la perception des médecins face aux attentes des parents. La facilité avec laquelle on peut assurer un suivi entre en ligne de compte dans la décision de prescrire ou non comme l'illustre ce médecin : *« C'est vendredi soir. Il est neuf heures. On va avoir le crayon plus facile pour traiter que si on est le lundi matin où on a plus de temps et que c'est plus facile de faire un suivi (MD3;42). »*

En lien avec certains enjeux du système de santé actuel, la pénurie de médecins a été avancée comme cause de ce problème par certains pharmaciens : *« ...Il y a de moins en moins de médecins à l'urgence. C'est bien évident que quand ça fait trois jours que le petit*

bébé ne dort pas, ils vont y aller avec un traitement qui va être efficace tout de suite (Ph1;92). » Chez un enfant qui fait des otites à répétition, il y a lieu de se demander si les parents ne seraient pas moins tolérants à la longue, ce qui est compréhensible d'ailleurs.

De leur côté, les mères aussi font mention de certains facteurs organisationnels qui agiraient comme déterminants de la prescription. Selon elles, le contexte de rencontre patient-médecin pourrait jouer un rôle. Certaines mères croient que le lieu de travail des médecins modifie les attentes de ceux-ci envers leurs patients et que cela façonne leurs manières de travailler. Par exemple, une mère soulève sa perception qu'ont les médecins à l'égard des patients qui viennent consulter en urgence : *« J'ai l'impression que les urgentologues pensent que les gens qui vont à l'urgence veulent sortir avec une prescription. Ils croient que les gens veulent ça. C'est ça qu'ils donnent pour que les gens soient contents (M3 ;334). »*

Finalement, un pharmacien croit que le simple fait de consulter ouvre la porte à une prescription de médicaments : *«...Parce que souvent les médecins sont portés souvent à prescrire pour rien. Les patients ont un pouvoir assez fort pour demander des antibiotiques (Ph2;160). »*

Représentation pharmaceutique

Dans cette recherche, la représentation pharmaceutique peut se définir comme étant le partage de matériel scientifique et promotionnel entre un professionnel de la santé et une compagnie pharmaceutique. De façon régulière, des représentants vont visiter les professionnels à leur lieu de travail, selon leur convenance, pour leur faire part des nouveautés ou effectuer un suivi sur un sujet quelconque.

À ce sujet, les médecins avouent que la représentation pharmaceutique oriente un peu leur choix lorsque vient le temps de sélectionner une médication. Cette influence s'observe surtout dans le contexte où les médecins ont des échantillons à donner aux patients : *«...Quand tu as plus d'échantillons de Zithromax® dans ton armoire ou que le représentant est passé le matin et que tu as Zithromax® frais dans la tête, bien tu vas le prescrire plus dans la journée (MD1).» « La représentante vient de passer. Elle m'a donné des échantillons. Puis quand je vois une patiente qui n'a pas d'argent pour payer ses*

antibiotiques, c'est sûr je vais lui donner les échantillons. C'est ça que j'ai! Alors oui, ça change la pratique (MD2;268). »

Sur un autre ton, un des médecin tient un discours défensif face à l'influence de la représentation en invoquant qu'il y a des bénéfices aussi pour le patient : *« Maintenant c'est sûr que les spécialistes se font influencer aussi. Ce sont des choses qui se font de façon un peu insidieuse. Il y a possiblement certaines modifications thérapeutiques qui sont bénéfiques aussi. On ne peut pas dire que tout ce que les représentants pharmaceutiques nous présentent que ce n'est pas un avantage pour le patient là! (MD3;112) »* On peut se demander si le fait d'évoquer que les spécialistes se font influencer ne serait pas une manière subtile de déculpabiliser les omnipraticiens. Cette remarque prend tout son sens dans un contexte où on peut présumer que certains omnipraticiens suivent les tendances de prescription des spécialistes.

Quant aux pharmaciens, ils partagent le même avis que les médecins. Ils remarquent que les médecins ont tendance à modifier leurs ordonnances suivant la visite du représentant : *« Effectivement on voit ça régulièrement. Une nouvelle molécule qui sort sur le marché, elle va être prescrite dans les mois qui suivent (Ph1;206). » « Quand on voit une vague de nouvelle affaire (médicament) on se dit que le représentant est passé. Oui cela a un impact (Ph4;161). »*

Les parents ont peu élaboré à ce sujet car tel n'était pas l'objectif de leur entretien. Cependant, une mère a soulevé une inquiétude sur cette question : *« ...c'est du monde qui travaillent dans le domaine de la santé qui m'ont dit que souvent les urgentologues et les médecins se font évaluer selon le nombre de prescriptions qu'ils donnent. ... j'ai aussi une amie qui travaille dans le milieu pharmaceutique qui m'a dit que les médecins étaient des fois, pas sous pression, mais qu'ils étaient un petit peu sollicités par toutes les compagnies pharmaceutiques pour donner des prescriptions de leurs produits. J'ai même déjà entendu dire que leur salaire était en fonction du nombre de prescriptions qu'ils donnaient...je ne sais pas si c'est vrai là...(M3;338) »* Cette remarque trahit une certaine inquiétude face à l'influence possible des entreprises pharmaceutiques sur l'intégrité de la pratique médicale.

La demande des parents

Les médecins remarquent que les parents exercent une influence à différents niveaux pour obtenir des antibiotiques. Ils constatent que plusieurs éléments du contexte socio-environnemental de la vie familiale contribuent à cette demande.

Les exigences de la vie quotidienne sont mises à rude épreuve lorsqu'un enfant est malade. Les médecins subissent de la pression des parents car l'enfant malade déstabilise leur routine quotidienne, notamment au niveau du travail et de la garderie : *« Les parents travaillent. Il ne faut pas que l'enfant fasse de température sinon il ne peut pas aller à la garderie! Il faut que ça se règle vite là! C'est dommage, mais c'est un peu à cause du contexte social (MD1;205). »*

En plus de succomber parfois aux pressions (directes et indirectes) des parents, les médecins remarquent une demande pour certains types d'antibiotiques. En fait, on réalise que la routine familiale n'est pas toujours compatible avec l'horaire d'administration des antibiotiques : *« C'est plus difficile avec la garderie ou l'école, la dose du midi, les trois fois par jour, les parents trouvent ça très difficile (MD2;278). » « (un médecin cite une mère) Je veux un médicament une fois par jour parce que je ne peux pas à cause de la garderie. Donc ça c'est une chose à laquelle on a à faire face assez fréquemment (MD3;124). »*

Les médecins constatent que cela peut affecter l'observance au traitement. Dans ce sens, ils essaieront d'accommoder les parents : *« (Le médecin reprend les paroles d'une mère) Prescrivez donc quelque chose qui se donne qu'une fois par jour parce que de toute façon, j'en donne juste une fois par jour! C'est le gros bon sens puis la réalité pratique qui viennent en ligne de compte (MD3;114). »* D'une manière évidente, il est compréhensible que le médecin modifie sa pratique de prescription pour favoriser au maximum l'observance au traitement.

À cet égard, les pharmaciens croient que les parents vont spécifier au médecin l'intervalle d'administration du médicament à cause des exigences de la vie quotidienne : *« De plus en plus les parents demandent des « 2 doses » par jour. Puis à cause de la garderie et de l'école. Ils ne veulent pas envoyer de médicaments à l'école (Ph4;303). » « Là c'est un*

choix que le médecin fait à cause de ça. Ce n'est pas toutes les garderies qui ont le temps de s'occuper de cet enfant là (en parlant des antibiotiques à administrer) (Ph3;620). »

En accord avec ce que les médecins mentionnent au sujet de l'observance au traitement, les mères disent avoir une nette préférence pour les antibiotiques administrés à plus grand intervalle sur une courte durée. Si la période d'administration est longue, elles risquent d'oublier de donner des doses ce qui nuit grandement à l'observance au traitement : *« Le moins possible (administrer les antibiotiques) parce que sinon ils les oublient quand ils vont à la garderie, il faut envoyer les médicaments, il faut qu'ils reviennent avec...Je trouve ça bien fatigant (M2;176). » « Rendu à la dixième journée quand l'enfant n'a plus de symptômes, c'est moins évident de penser au médicament trois fois par jour. Surtout quand tu en as plusieurs (des enfants). Pour moi, l'idéal, c'est vraiment le moins longtemps possible et le moins de journées possible (M4;115). »*

L'expérience acquise par les parents suite aux répétitions des infections contribue selon les médecins, à développer chez les parents une certaine intuition. Lors des prochains épisodes d'otites de dire les médecins, les parents se feront plus insistants auprès d'eux : *« (un médecin qui rapporte un échange avec une mère) Mon fils a fait quatre otites. Je sais que ça va évoluer en otite. (MD2;64). » « À la suggestion d'attendre un 24-48 heures avant de traiter, le parent rétorque souvent : On a fait ça l'autre fois et l'enfant a pleuré toute la nuit (MD3;42). »*

Également, il arrive parfois que les parents suggèrent au médecin d'éviter un médicament en particulier car ils savent qu'il ne sera pas efficace : *« (un médecin qui reprend les paroles d'une mère) Oh non, ne donne-lui pas ça! Ça ne marche pas sur lui (MD1;203) »*

Dans les cas où certains médecins perçoivent chez les parents un niveau de connaissances plus élevé, ils leur donneront une ordonnance et les aviseront de commencer les antibiotiques si les symptômes ne diminuent pas : *« Mais il y a des fois où l'on peut donner l'ordonnance chez les gens fiables et plus connaissants! On va donner l'antibiotique : « Si demain, il continue à faire de la fièvre, commencez-les! (MD4;248) »* On peut s'interroger à savoir si cela s'inscrit que dans un contexte très précis. Par ce geste, les médecins attribuent aux parents les connaissances et les ressources nécessaires pour porter un tel jugement. Ils confèrent aux parents une part de responsabilité face au traitement. Il serait

intéressant de savoir si ce comportement résulte d'un manque d'effectifs médicaux dans les cliniques et centres hospitaliers. Cela nous questionne aussi sur la capacité des médecins à saisir le niveau de connaissances médicales chez les parents (évalué lors d'une consultation assez brève). Il serait intéressant de voir si ce genre de pratique se différencie selon le lieu de pratique.

Finalement après avoir fait le survol des déterminants de la prescription soulevés par les trois groupes, on réalise que les médecins n'ont pas la tâche facile concernant le diagnostic d'otite moyenne aiguë. Tel qu'illustré, plusieurs facteurs viennent brouiller la capacité à établir un diagnostic précis. L'examen clinique de l'enfant combiné au discours du parent ne permet pas toujours de faire la distinction entre une infection virale et bactérienne. En conséquence, certaines infections sont traitées tandis que d'autres devraient l'être. L'ambivalence du médecin face au diagnostic se répercute sur sa capacité à prendre une décision. Certains ne prendront pas de risque et rédigeront une ordonnance pour des antibiotiques. Toutefois, les médecins cités disent adopter à l'unanimité une stratégie plutôt défensive, c'est-à-dire qu'au lieu de traiter immédiatement dans le cas d'ambiguïté, ils invitent les parents à revenir ultérieurement. Cependant les parents devront démontrer une certaine détermination à revenir consulter.

De leur côté les pharmaciens sont en position d'évaluer et vérifier les ordonnances tout en demandant aux parents le diagnostic posé. En regard de ces informations, ils notent que bon nombre d'entre elles ne sont pas conformes aux suggestions thérapeutiques des guides diagnostics. Les dimensions cliniques et les facteurs organisationnels contribuent à ce problème. Que ça soit pour obtenir un succès thérapeutique rapide, le manque de connaissances sur les nouvelles recommandations, l'insistance des parents ou l'organisation du système de soins, tous ces facteurs agissent à titre de déterminants de la prescription. La représentation pharmaceutique ajoute à la situation en orientant la prescription tel que le commentent les pharmaciens communautaires et les médecins.

Les médecins soulèvent aussi le manque de connaissances des parents face aux antibiotiques et aux otites. Ils déclarent que s'ils avaient plus de connaissances, ils seraient moins enclins à demander des antibiotiques. De leur côté, les parents ont des attentes non comblées et souhaiteraient davantage d'informations de la part des médecins. Il est intéressant de noter qu'une part de cette problématique s'articule autour des

connaissances. À la prochaine section nous allons dévoiler comment les savoirs et connaissances contribuent à la relation entre médecin et patient.

Relation thérapeutique

La relation thérapeutique représente le contexte de rencontre entre les parents et les professionnels de la santé, soit les médecins et les pharmaciens communautaires. Nous avons identifié trois éléments principaux qui modulent la relation thérapeutique : 1) les savoirs et croyances des patients; 2) l'interaction professionnelle; 3) les alternatives. En premier lieu, il convient d'élaborer sur les savoirs et les croyances des patients perçus par les professionnels et ensuite décrits par eux-mêmes. Ensuite, nous retrouverons une section discutant de l'interaction professionnelle (médecin-pharmacien) avec le parent. Nous aurons l'occasion de mettre à jour les perspectives de chacun. En troisième lieu, une section discutera des alternatives soulevées par les parents. Ce recours semble inoffensif à première vue mais va soulever des controverses chez les médecins.

Savoirs et croyances des patients

Cette section présente les perceptions des médecins et des pharmaciens à l'égard des savoirs et croyances des parents face aux antibiotiques et aux otites moyennes aiguës. Les propos des parents seront illustrés également.

Savoirs et croyances : perceptions des professionnels

Les médecins ont l'impression que les parents voient les antibiotiques comme une « solution miracle » pour régler les otites. D'après eux, les parents semblent satisfaits lorsqu'ils ont des antibiotiques. Comme le démontre les propos de ce médecin, les parents imaginent que les antibiotiques leur permettront de retrouver la routine familiale : « *Je pense qu'ils voient ça comme le remède-miracle au fait qu'ils vont pouvoir dormir la nuit (rires)! Le parent veut, dans le contexte d'une otite, voir son enfant plus confortable. Donc, qu'il puisse dormir la nuit. Que la fièvre baisse ou bien que le mal d'oreille soit contrôlé. Des fois, le médecin ne va pas voir exactement le mal d'oreille (peu de signes d'infection). Il faut expliquer que le mal d'oreille...Il est trois heures de la nuit...il ne*

guérira pas à quatre heures dix parce que vous avez pris une dose d'antibiotique. Il y a de l'éducation à faire de ce côté-là (MD3;142). »

Étant donné le contexte répétitif de la situation (récurrence des infections), certaines craintes et croyances ont été soulevées par les parents aux médecins lors des consultations. Certains disent que les parents s'inquiètent plutôt des effets des antibiotiques sur le corps que des répercussions des otites à long terme. Tous les médecins ont entendu parler de la croyance commune voulant que les antibiotiques affaiblissent le système immunitaire de l'enfant : *« Certains disent (certains parents) : Ça fait trois fois qu'il en prend! On ne pourrait pas faire d'autres choses parce que ça l'affaiblit! » Alors là on se dit qu'il faut discuter avec le parent. J'essaye de leur expliquer que l'antibiotique s'attaque à la bactérie et non au système immunitaire de l'enfant. Mais tu sais, c'est très fort cette conception-là. C'est effrayant! Surtout chez les enfants qui prennent souvent des antibiotiques (MD1;167). » « La croyance est que l'enfant se défend moins bien parce qu'on lui donne un antibiotique et que c'est pour cette raison qu'il fait plus d'otite (MD3;94). »*

Selon les médecins, différentes origines seraient à la base de ces croyances. D'une part, ils reconnaissent l'influence du réseau social, et d'autre part, ils supposent que ces croyances sont possiblement entretenues et véhiculées au sein des médecines douces : *« J'imagine que ça doit se véhiculer dans certains milieux comme les médecines douces (rires)! Je ne veux pas attaquer personne mais j'ai l'impression que ça doit être plus dans ce genre de pratique. Parce que les parents consultent beaucoup en médecines douces (MD1;169). »*

En plus de constater quelques croyances des parents au sujet des antibiotiques, les médecins présumant que le phénomène de résistance aux antibiotiques est abstrait pour eux. C'est au niveau de la distinction entre un virus et une bactérie qu'il y a de l'incompréhension. En fait, ils déclarent que si les parents comprenaient qu'une infection causée par un virus ne se traite pas avec des antibiotiques, probablement que cela diminuerait la demande des parents à vouloir des antibiotiques : *« Les parents ont de la misère avec le concept virus-bactérie. Moi je leur explique souvent aux patients du sans rendez-vous. Je leur donne cet exemple quand les parents me disent que ça fait longtemps que l'enfant est malade: mais madame, le Sida, c'est un virus! Ça dure toute la vie. Eux autres pensent qu'un virus dure 24 heures et c'est fini là. Si ça dure plus de 24 heures, les parents veulent un antibiotique. Il y a une grosse demande pour ça (MD1;221). » « On l'explique souvent à l'urgence qu'on n'a pas*

besoin d'antibiotique parce que c'est un virus. Mais il y en a qui s'attendent à une prescription. Comme c'est un virus, ça ne se traite pas, c'est un peu choquant. Il y en a qui peuvent comprendre mais ce n'est pas tout le monde (MD2;200). » « Mais je ne pense pas qu'ils peuvent être conscients de quelque chose d'aussi vaste et large. Leur enfant est malade... que la bactérie développe une résistance... je pense que pour eux, ce n'est pas quelque chose de palpable (MD2;104). » À la suite de ces propos, on ne peut dénier l'influence du manque de connaissances des parents dans la demande pour obtenir des antibiotiques.

Toujours au sujet de la résistance aux antibiotiques, des médecins mentionnent que les parents n'ont pas de conscience sociale lorsqu'ils pensent aux effets des antibiotiques à long terme sur la communauté. Les parents ont un problème et veulent une solution sans trop s'inquiéter des répercussions: *« Je pense qu'ils veulent surtout que leur petit soit bien. Alors c'est un petit peu ça le problème. Mais tout le monde est très égoïste, ça je peux vous dire ça. L'enfant passe avant la communauté...C'est sûr que ça s'explique (faisant référence à la résistance aux antibiotiques). Mais je pense que c'est quand même assez poussé au niveau médical. C'est assez scientifique (la résistance aux antibiotiques), comment expliquer ça? Souvent, les parents ne sont pas capables de comprendre. (MD4;104). »* En nuanciant ces propos, il y a lieu de se demander s'il s'agit vraiment d'une difficulté des parents à saisir ces notions ou plutôt si les médecins éprouvent de la difficulté à vulgariser.

Au niveau des connaissances sur les facteurs de risques et sur les traitements des otites, les médecins trouvent que les parents sont plus ou moins bien informés. Les médecins sont persuadés que les parents croient qu'une otite ne peut guérir d'elle-même. Cette conviction va de pair avec ce qu'ils mentionnaient au sujet du manque de connaissances sur les infections de types virales et bactériennes. Les médecins rapportent également la persistance de croyances sur le mode de propagation des otites, bien qu'ils constatent que les connaissances tendent à s'améliorer avec les années : *«...l'aspect des couvre-oreilles (ne pas mettre de bonnet). Ça aussi, c'est encore présent. La fenêtre d'auto qui n'est pas bien fermée, l'air climatisée etc. Ça, on voit ça. Mais moins fréquemment qu'avant! Je trouve que les gens sont quand même plus informés qu'il y a peut-être quinze ou vingt ans (MD3;100). »*

Les pharmaciens n'ont pas beaucoup élaboré sur le sujet des connaissances et des croyances des parents. De la même manière que les médecins, les pharmaciens croient que les parents prennent leurs connaissances et croyances dans le réseau social et familial. Les pharmaciens sont en mesure d'évaluer les connaissances et d'observer les croyances des parents au moment où ils donnent les conseils et dispensent la médication. Ils réalisent que les parents ont aussi des craintes face à la consommation d'antibiotiques : *« Je vais entendre le commentaire : j'aime dont pas ça donner des antibiotiques à l'enfant (Ph3; 468). » « Il y a des parents qui disent ne pas aimer donner ça à leurs enfants parce que c'est du chimique (Ph4; 283). »*

Savoirs et croyances : perceptions des mères

Les mères révèlent tirer une partie de leurs connaissances dans le réseau social et familial. Elles se rencontrent par l'entremise de la garderie ou de centres communautaires. Elles parlent de la vie au quotidien avec l'enfant malade, elles échangent sur les symptômes, la durée de ceux-ci et discutent des traitements. Plusieurs croyances sont partagées et véhiculées parmi les mères: *« Mais ça les médecins ne veulent pas le reconnaître que ça peut être à cause des dents. Puis moi, j'ai une autre amie qui a eu six enfants et son deuxième a fait beaucoup d'otites. Puis elle me dit que c'était à cause de ses dents (M1;40). »*

Toutes les mères sont conscientes du concept virus-bactérie mais n'en font pas la distinction. : *« Alors moi, entre virus et bactérie, je suis toujours en train de me mélanger! (rires) (M1;110) » « Que c'est une infection de l'oreille moyenne. Et puis que c'est viral, je crois. Que ça veut dire que ça se soigne juste avec des antibiotiques, ça c'est ce qu'on m'a dit (M3;04). »*

Par contre, toutes savent que l'otite est une infection à l'intérieur de l'oreille : *« Que c'est une infection au niveau des oreilles puis que c'est une inflammation de je ne sais pas quoi! (rires) (M2;02-04) »*

Elles croient toutes que les otites se manifestent par la présence d'un liquide dans les oreilles. D'après elles, une otite peut se développer suite à une infection respiratoire telle un rhume ou une grippe : *« ... si ce n'est que le rhume qui vient infecter le tympan (M1;154). » « Puis c'était à cause du rhume. Les sécrétions qu'on a dans la gorge. Aussi, s'il ravale, ça*

peut s'en aller dans les oreilles. C'est à peu près ça que je sais (M2;56). » « L'eau quand tu prends ta douche ou ton bain ou dans ta piscine l'été là. Peut-être aussi quand tu as une grippe qui est mal soignée. Les sécrétions qui ne sont pas évacuées (M4;53). »

La majorité d'entre elles savent que la garderie constitue un facteur de risque en tant qu'endroit idéal pour faciliter la propagation des infections des voies respiratoires. Par contre, elles ne sont pas trop certaines si le froid et les courants d'air provoquent des otites : *« On m'a toujours dit : « Il faut bien couvrir les oreilles quand on sort. Il faut mettre un bonnet. (M1;192) » « Le froid dans les oreilles. Éviter les courants d'air. (M2;50) »*

Elles réalisent que les otites peuvent causer des séquelles à l'enfant au niveau de l'audition : *« Donc à la longue ça peut toucher l'écoute (l'ouïe). On entend moins bien (M1; 238). » « Peut-être pas les rendre sourd complètement. Mais je sais que ça peut diminuer ça (l'ouïe) (M2;241.) » « D'après moi, c'est dangereux pour son audition plus tard. Ça affecte l'audition, c'est sûr et certain (M4;302). »*

En confrontant le témoignage des professionnels avec celui des mères, on constate qu'il y a des similitudes sur certains points. On note une concordance entre les professionnels et les parents au sujet de la provenance des croyances et du partage des savoirs entre mères sur l'otite et les antibiotiques. Comme les médecins l'ont soulevé, les mères sont peu connaissantes sur les aspects plus scientifiques comme faire la différence entre un virus et une bactérie. Les médecins croient que cela est un concept difficile à saisir pour les mères. Également, elles démontrent peu de « conscience sociale » étant donné qu'elles veulent une solution efficace pour un problème ponctuel. Par contre, ce qui n'a pas été discuté ici est l'insatisfaction des mères face à la qualité et à la quantité d'informations reçues lors de la consultation avec les médecins. Il semble que les médecins sautent rapidement aux conclusions en affirmant que les mères sont peu connaissantes. En constatant cela, il est primordial d'aller explorer plus avant les perceptions et les attentes des mères au sujet de l'interaction avec les professionnels.

Interaction professionnel-patient

Dans un premier temps, nous allons présenter les perceptions et attentes des mères face aux professionnels, soit les médecins et les pharmaciens. Dans un deuxième temps,

nous dévoilerons les perceptions des professionnels face aux mères. Finalement, nous serons en mesure de mettre en évidence les propos contradictoires.

Perceptions et attentes des mères face aux professionnels

Le discours des mères au sujet de leurs relations avec les médecins gravite autour d'aspects pratiques et concrets. Les mères sont satisfaites du temps accordé par les médecins lors de la consultation. Cependant, elles remarquent que le temps alloué à la consultation dépend du lieu de la rencontre. Elles notent une différence d'approche si elles comparent les médecins qui oeuvrent en clinique en comparaison de ceux qui travaillent en urgence de centres hospitaliers. Elles constatent que les médecins à l'urgence ont moins de temps et sont plus expéditifs. Elles présument donc qu'ils se soucient peu du suivi : *« Tu sais, il n'est pas là pour faire tout le suivi au niveau du développement de l'enfant et de la prévention. À la quantité de monde qu'il y a dans l'urgence là. Il y a un médecin puis il y a comme dix, quinze personnes qui attendent alors il se dépêche (M3 ; 116). » « Je trouve qu'on est un peu bafoué à l'urgence. Ces temps-ci surtout. C'est comme vite là, au prochain. Puis je les comprends en même temps (M2;295). »*

De plus, les mères ont souligné qu'elles reçoivent peu d'information sur les médicaments de la part du médecin : *« Je ne dis pas qu'ils ne sont pas bien soignés. Ils sont bien soignés. Sauf qu'ils les soignent mais ne te disent pas pourquoi ils les soignent. Pourquoi ils leur donnent ça. Puis c'est quoi les conséquences... les avantages de ce médicament-là (M4;77). »*

Les mères confient que le langage non verbal du médecin peut avoir un impact sur la relation thérapeutique. Il est même déterminant pour le parent de se sentir à l'aise et de pouvoir poser des questions au médecin : *« Oui, mais ils sont souvent bêtes. Tu sais, ils ne sont pas là pour faire de la prévention. Des fois oui, j'en pose des questions. Mais tu sais, si le médecin est sur le bord de la porte puis il a la main sur la poignée, t'as pas tendance à vouloir élaborer (M3;126). »*

Si elles fréquentent l'urgence, c'est qu'elles n'ont pas le choix. Le bébé est malade et elles ne peuvent pas fixer un rendez-vous rapidement avec leur médecin régulier : *« ...l'urgence (au lieu de consulter le pédiatre) c'est tout simplement que c'est difficile d'avoir un rendez-vous avec (le pédiatre) (M4 ;73). » « Je sais que ce n'est pas l'idéal là, mais des fois, on*

n'a pas bien le choix. Quand ça presse puis que ton bébé est malade, on va aller où est-ce qu'on peut aller! (M3 ;116) » « L'urgence, je trouve que c'est le dépannage (M3;318). »

Quant à leurs attentes envers les médecins, les mères espèrent qu'ils soient réceptifs et qu'ils fassent tout pour que l'enfant se porte mieux. D'une manière concrète, elles veulent qu'ils fassent un examen, posent un diagnostic et offrent un traitement : *« Dans un premier temps, c'est de trouver qu'elle avait quelque chose. De me dire au moins qu'elle a quelque chose. C'est décevant se faire dire qu'elle n'a rien (M2;38). »*

Elles s'attendent aussi à avoir des explications sur l'état de l'enfant. Les mères apprécient quand les médecins adoptent une attitude favorisant une période de question. Chacune des mères a mentionné se sentir plus à l'aise avec certains médecins. Elles expliquent que le contexte de rencontre et l'expérience qu'elles ont vécue avec le médecin peuvent favoriser une meilleure communication : *« Quand tu vas voir les spécialistes comme les pédiatres, ils te laissent plus la place à poser des questions (M4;61). » « ...les questions plus générales puis qui ne sont pas urgentes là, je les garde pour mon pédiatre quand j'y vais (M3;128). » « J'aime autant avoir l'air nounoune (en posant de questions) que de passer à côté de quelque chose qu'on aurait dû faire (M2;283). »*

Bien qu'elles reconnaissent avoir besoin des enseignements des médecins, l'une d'entre elles souligne que le travail des médecins (jugement clinique), c'est-à-dire leur prise de décision, repose surtout sur le discours du parent : *« En même temps, ils écoutent vraiment ce que disent les parents. Puis on peut arriver en disant : « Vous savez mon enfant, ça fait trois jours qu'il ne dort plus. Qu'il fait 40 de fièvre. » Puis le médecin, il n'a rien pour contrôler ...C'est toujours un peu délicat parce qu'il peut voir sur le coup...Quand on amène l'enfant s'il fait vraiment beaucoup de fièvre. Mais s'il en fait depuis six jours, qu'il tousse beaucoup, qu'il pleure tout le temps, c'est difficile pour lui de le vérifier. Bon je pense qu'il peut évaluer en regardant l'oreille. En regardant l'état de l'enfant dans le moment où il le voit. Parfois ça doit être délicat. C'est vraiment à lui d'essayer d'arriver à entendre ce que vit l'enfant depuis quelques jours. Puis en même temps, avec ce qu'il a pris depuis quelques mois (M1;190). » « Nous informer sur comment les prévenir. De nous donner la bonne médication...Pas trop ou pas assez justement. De nous guider vers le droit chemin (M2 ; 273). » « Je m'attends à ce que mon médecin m'explique, qu'elle me dise : « Bon, si ça ne guérit pas, où ça va mener...les conséquences. C'est sûr qu'ils ne veulent*

pas t'alarmer non plus. Mais nous dire qu'est-ce que ça peut faire. Nous rassurer et nous expliquer pourquoi elle en fait plus qu'un autre (un autre enfant). Ça, j'aurais aimé savoir ça pourquoi elle est plus sujet à ça (M3;288). » « Nous renseigner, nous éduquer par rapport aux nouvelles tendances aussi, aux nouvelles choses qui se passent. À tout ce qui est aux alentours (M4 ;440). »

Les mères disent avoir de la difficulté à gérer l'incertitude résultant de la difficulté d'établir un diagnostic clair. Elles savent que leur enfant est mal en point et elles veulent une solution : *« Surtout quand on se dit qu'on n'y va pas pour rien. On sait que notre enfant a mal. Mais en même temps, j'écoute toujours ce que nous disent les médecins. Ils savent quand même ce qu'ils disent. Ils ont évalué. Ils ont fait un examen. Il vaut mieux prendre notre mal en patience. Peut-être re-passer une nuit avec du Tempra® et puis attendre un petit peu. Mais on ne l'a pas mal pris non plus. Faudra pas que ça se répète des quinzaines de fois (M1 ;224). » « Mais j'étais tellement convaincue que la petite est malade que de me faire dire que le médecin a de la misère à voir dans les oreilles... quand elle pleure, on peut pas bien voir.... Je trouvais ça bizarre comme réponse. Puis c'est rare qu'ils ne peuvent pas détecter ça. Sa réponse, ne me satisfaisait pas. Si elle m'avait dit que ses oreilles ne sont pas rouges du tout, je l'aurais cru puis je n'aurais pas eu de doutes (M3;50). » « Il ne pouvait pas me donner d'antibiotiques parce qu'elle ne s'était pas développée encore vraiment. Il fallait attendre que ça se développe. « Je trouvais ça « plate » parce qu'il me disait que l'otite pouvait arriver le lendemain ou le surlendemain (M2 ;56). »*

Ces remarques donnent l'impression que la satisfaction des mères semble liée à la capacité des médecins à être précis, c'est-à-dire, de poser un diagnostic clair. On a l'impression que les médecins, dans l'esprit des mères, ne peuvent se permettre d'être incertains ou du moins, partager leurs incertitudes avec les mères. On pourrait penser qu'il y a un déséquilibre entre ce que veulent les mères dans ce contexte d'infection à répétition et ce que la pratique concrète de la médecine peut offrir en terme de solutions. Il se pourrait aussi que les mères en soient rendues à un stade où elles ne peuvent plus gérer cette situation. C'est probablement pour cette raison qu'elles sont allées consulter des praticiens alternatifs.

Suite à la consultation avec le médecin, les mères iront consulter le pharmacien s'il y a lieu. Parmi leurs attentes, les mères veulent surtout des explications sur les antibiotiques, avoir des conseils sur les contre-indications et les effets secondaires. Elles croient que leur rôle

consiste à vérifier la médication prescrite, faire le calcul de la dose adéquate, évaluer les allergies chez le patient et vérifier si l'antibiotique est compatible avec les autres médicaments pris par le patient. De plus, selon les mères, les pharmaciens sont là pour donner des conseils et répondre à leurs questions : *« Ils ont aussi une formation pour s'assurer que le médicament qui est donné au patient, c'est bien le bon. Parce qu'il y a peut-être des médecins qui peuvent se tromper. Puis ils s'assurent par rapport au poids de la personne que c'est la bonne chose. Puis je sais qu'il a un dossier de l'enfant..., il regarde aussi quels sont les médicaments qu'il prend en parallèle, s'il y a des contre-indications ou des allergies. Parce que ça se pourrait qu'on ait deux médecins. Puis qu'on vienne chercher deux médicaments différents chez un pharmacien ou deux doses d'antibiotiques. Je pense que ça permet d'avoir un suivi (M1;178). » « ... c'est difficile d'aller à l'urgence, de voir un médecin puis tout ça, c'est long puis souvent pénible là ... Je lui (au pharmacien) pose des questions. Ils sont souvent disponibles. À mon avis, le pharmacien est là pour expliquer les médicaments pas juste dire deux fois par jour avant le repas là (M3 ;290). » « C'est de nous renseigner sur ce qu'il nous donne, ce qu'il nous vend. C'est un peu comme acheter une télévision. Tu vas te renseigner au sujet de la télévision (M4;265). » « Alors son job, c'est qu'on ait la bonne médication là! Le traitement qu'on doit avoir. De vérifier aussi si c'est périmé ou pas! (rires) Il peut nous passer du stock...(M2;361) » Bien qu'elle ne soit généralisable, cette remarque démontre une certaine méfiance envers les pharmaciens qui est probablement reliée à un manque de connaissance sur leurs rôles.*

Les mères ont des opinions partagées face aux différents rôles des pharmaciens. L'aspect commercial de leur travail semble semer des craintes chez certaines mères. Elles vont consulter les pharmaciens pour avoir de l'information, pas nécessairement pour se faire suggérer d'acheter une médication. Elles sous-entendent qu'ils peuvent se retrouver en conflits d'intérêts : *« Mais des fois, j'ai une petite réticence face à la vente de médicaments pour tout et pour rien. Des fois je me dis que ça fait leur affaire que tu prennes tel ou tel antibiotique. Tu sais, eux, ça les fait vivre là. Ce n'est pas arrivé souvent que j'aie dans une pharmacie puis que le pharmacien me dise que ça peut guérir tout seul. Je fais attention parce que tu peux remplir ta pharmacie facilement. Moi et mon chum, c'est comme ça. On n'abuse pas des médicaments, on essaye de prendre vraiment le minimum (M3;308). »*

Sur la même note, une autre mère manifeste sa vision du rôle des pharmaciens face aux conseils qu'ils peuvent donner : *« Parce qu'il n'est pas là pour nous imposer ou trop vouloir nous proposer d'autres choix. En règle générale, je suis satisfaite du service qu'il donne et puis des conseils qu'il nous procure (M1;216). »*

Cette discordance pourrait nous laisser croire que le rôle des pharmaciens peut être méconnu par certains. Les mères nous ont confié qu'elles ne vont pas seulement les consulter lorsqu'elles ont obtenu une ordonnance du médecin. Elles vont les consulter également dans d'autres contextes. En fait, toutes les mères admettent être allées voir le pharmacien avant de consulter le médecin. Cependant, ceci ne se limite pas seulement aux cas d'otites moyennes aiguës. Cela s'observe surtout dans le contexte où il y a beaucoup d'attente à la clinique médicale : *« Je suis allée la voir pour savoir si je pouvais lui donner quelque chose. Je sais qu'on ne peut pas donner de sirop mais sur le plan homéopathique (M2;208). » « Donc quand je suis arrivée à l'urgence la semaine passée puis j'ai su qu'il y avait deux heures d'attente, j'ai été voir la pharmacienne. Je trouve ça assez pénible attendre deux heures à l'urgence avec elle. Je me demandais si je n'avais pas pu la soigner avec ça? Puis elle m'a dit non (M3 ;156). »*

On réalise que les pharmaciens sont des professionnels facilement accessibles pour tous surtout dans un contexte où il y a un temps d'attente considérable à une clinique médicale avoisinant une pharmacie. On constate que les pharmaciens n'hésitent aucunement à suggérer aux mères de consulter le médecin; ils semblent connaître leurs limites : *« Tu peux prendre ça. Si tu vois que ça persiste vas voir le médecin. » Comme hier matin, justement! (M2;210) »* De la même manière, les mères semblent apprécier quand les médecins reconnaissent leurs limites et redirigent les patients vers les professionnels appropriés : *« Une fois, je suis arrivée chez le médecin et j'étais enceinte : « Est-ce que je peux prendre ça ? Ai-je demandé. Et il m'a dit : « Sois sûre! Informe-toi au pharmacien! (M2;357) »*

En somme, les mères s'attendent à des explications de la part des médecins et réalisent que la quantité d'information reçue dépend du contexte de travail (clinique versus urgence). Établir le diagnostic d'otite moyenne aiguë est un défi pour le médecin et les mères affirment avoir de la difficulté à gérer l'incertitude. Elles savent que leur enfant ne va pas bien et veulent de l'aide pour un problème de façon ponctuel. Et l'aide passe par les

médecins et parfois par les pharmaciens. Dans la prochaine section, nous allons décrire les perceptions des médecins et des pharmaciens face à ce que vivent les parents.

Perceptions et attentes des professionnels face aux parents

Au moment de la consultation avec les parents, les médecins réalisent que la récurrence des otites a des impacts négatifs sur eux. Lors de la rencontre en cabinet, les parents partagent avec le médecin plusieurs craintes et sentiments engendrés par les épisodes d'otites à répétition. Selon les médecins, les parents manifestent du découragement, de la fatigue et des craintes vis-à-vis la consommation d'antibiotiques : *« Ils sont un peu désespérés car ils savent que des otites à répétition peuvent causer des troubles d'audition et du langage. Ils sont « tannés » de voir leur enfant malade. Ils se réveillent la nuit, ils sont fatigués alors l'enfant n'est pas de bonne humeur (MD2;88). »* *« Ce sont les antibiotiques qui leur font peur. Ce n'est pas le fait qu'il fait beaucoup d'otites (MD1;311). »* *« Ce qui chicote les parents souvent, ça va être l'utilisation à répétition des antibiotiques avec les inquiétudes par rapport à ça. Est-ce à cause de ça qu'il fait des otites souvent parce qu'il se défend moins bien? Puis ils veulent avoir une solution à ce problème (MD3;92). »*

Également, on constate que le langage non verbal peut influencer la relation thérapeutique jusqu'à inciter les médecins à rédiger une ordonnance : *« Les gens démontrent beaucoup de choses avec le non verbal. On voit la déception de gens qui partent sans antibiotiques. Mais ça ne veut pas dire que ça me tord le bras pour en donner. Mais des fois quand on est « borderline » ou pas trop certain, on peut bien en prescrire un petit Cefzil® une fois de temps en temps. Parce que bon, c'est correct (MD4;248). »*

Le témoignage des pharmaciens confirme ce que les mères ont souligné précédemment. Manifestement, ils savent qu'ils sont des professionnels de la santé facilement accessibles par la population. Plusieurs personnes viennent consulter les pharmaciens dans le contexte où les médecins sont difficiles à rencontrer. Lorsqu'ils sont confrontés à ce type de consultation, ils évaluent la situation, posent des questions aux parents et vont souvent suggérer d'attendre. Si le problème persiste ou que les symptômes empirent, ils recommanderont d'aller consulter un médecin : *« Parce qu'on est le professionnel le plus accessible, ils peuvent nous parler en moins de cinq à dix minutes, tandis que le médecin à*

l'urgence, c'est au moins deux à trois heures (Ph1; 166). » « Il y a deux heures d'attente à côté (en parlant de la clinique avoisinante), qu'est-ce que je fais ? J'essaie de recueillir le plus rapidement, du mieux de ma connaissance l'information...ça serait peut-être bon d'attendre un autre 24 heures. Si vraiment demain c'est encore là, consultez (Ph2; 486). » « Habituellement ils viennent me voir ici quand ils se présentent à la fenêtre de l'urgence et puis on leur dit qu'il y a trois heures d'attente. Là, ils viennent me voir. Je ne suis pas une infirmière d'info-santé ...vous pouvez attendre à demain matin si vous voulez, donnez-y quelque chose pour la douleur en attendant. Demain si ce n'est pas mieux et que l'état de l'enfant empire au lieu de s'améliorer, bien là, peut-être que vous devriez consulter (Ph3; 492). » « C'est surtout pour « bypasser » l'attente. On est comme le « guichet automatique docteur minute ». On m'a déjà demandé de faire une radiographie...ils vont passer ici surtout si il y a beaucoup de monde à l'urgence (Ph4; 271). »

À la lueur de ces déclarations, on réalise que les pharmaciens interrogés respectent leurs limites et savent quand diriger les patients au médecin. À première vue, cette pratique paraît normale ou anodine pour le public mais soulève certaines réticences du côté des médecins. En effet, ceux-ci semblent peu favorables à l'initiative que démontrent certains pharmaciens à effectuer un « triage » des patients. Cependant un des pharmaciens estime que la situation n'est guère meilleure dans les cliniques privées où se sont les secrétaires qui accomplissent cette tâche : *« C'est la secrétaire qui fait le triage, alors ce n'est pas évident là. Ça revient tout le temps à dire, moins on en connaît plus on pense qu'on en connaît alors je ne sais pas si tu as lu dans la revue Protégez-Vous là...jouer au docteur, c'est ça! (Ph2;494) »*

Plusieurs pharmaciens ont déclaré avoir un horaire de travail très chargé. Malgré qu'ils disent ne pas toujours avoir le temps souhaité pour mettre en pratique les étapes des soins pharmaceutiques, ils affirment prendre le temps de donner les conseils aux parents. Ils ont différentes stratégies d'organisation en vue de prodiguer de bons conseils (soins pharmaceutiques) à leurs clients. Que ça soit de parler plus vite, de faire payer les gens à la caisse, faire travailler deux pharmaciens en même temps, ou tout simplement faire attendre les clients, les pharmaciens tiennent à donner les conseils essentiels aux clients. Ils ont le souci de bien faire leur travail : *«...on a souvent deux pharmaciens qui se chevauchent ... (Ph1; 20) » « Je fais la caisse comme ça j'ai un contact avec le patient pour vérifier tout*

ce qu'il voulait demander et tout ce que je voulais lui expliquer. Pour l'instant c'est comme ça que je me débrouille (Ph2; 228). » « Bien à ce moment là, les clients attendent tout simplement. Moi ici, c'est l'exactitude des prescriptions et la compréhension des clients... les gens impatients ça ne nous dérange pas du tout. Que les clients soient bien servis, que les préparations soient vérifiées et re-vérifiées, c'est ça qui est important (Ph3;100). »

Finalement, les pharmaciens sont heureux de voir qu'ils sont très sollicités et ce, en peu de temps. De plus, leur discours semble montrer qu'ils n'assument pas plus de responsabilité que ce qui leur est permis. En cas de doutes, ils référeront les patients chez un médecin. Ils sont soucieux de la qualité de leur travail et ils ont soulevé différentes stratégies pour offrir les soins pharmaceutiques aux patients. Les médecins constatent que les parents sont découragés d'être aux prises avec un problème récurrent. Les parents sont en quête d'une solution définitive et, à un moment donné, ils se tournent vers des approches moins officielles. Dans la prochaine section nous aborderons les alternatives. Nous ferons un survol des expériences des mères et exposerons les différentes perspectives qu'ont les professionnels face à ce recours.

Les alternatives

Nous allons décrire l'expérience des mères et présenter leurs points de vue à l'égard des pratiques alternatives. Ensuite, nous exposerons les perceptions des professionnels à ce sujet. Il va être intéressant de signaler les opinions divergentes entre les trois groupes. Finalement, nous serons en mesure de comprendre pourquoi les mères utilisent ce type de service.

Perceptions des mères

Les mères font référence à d'autres traitements que ceux offerts par la médecine officielle. Selon elles, il n'y a pas que les antibiotiques qui peuvent aider. Étant donné que leurs attentes ne sont pas comblées, elles se tournent vers d'autres solutions comme les médecines alternatives et les produits naturels : *« Moi, j'étais tannée. Je voulais que ça arrête. Tu ne dors pas la nuit. Puis il faut récupérer un moment donné. Quand tu as d'autres enfants, ce n'est pas évident non plus. Alors on a décidé d'aller voir dans d'autres*

méthodes (M4;43). » « Moi je n'haïrais pas ça essayer d'autres choses. Je ne suis pas convaincue qu'il y a rien que les antibiotiques qui peuvent guérir (M3;336). »

Les mères se disent satisfaites lorsqu'elles ont recours aux méthodes « plus naturelles ». Ce sentiment est d'autant plus significatif dans la mesure où elles ont toutes soulevées des inquiétudes face à l'utilisation fréquente des antibiotiques : *« J'ai l'impression que c'est plus naturel. Moi, à partir du moment où l'on doit ingérer trop de ...je préfère que ce soit finalement des choses plus naturelles comme le chiropracteur, l'ostéopathe (M1 ;98). »*
« Pourquoi ne pas vivre au naturel quand elle ne va pas bien. Moi je trouve que le chiro. c'est plus naturel que les antibiotiques. Il y en a qui déplorent le chiro. Mais moi, j'aime bien ça. Donc le moins possible, dans la maison, les antibiotiques! (M2;136) » Peut-être ont-elles l'impression que les interventions pratiquées par les médecines alternatives sont inoffensives. Il est probable qu'elles souhaitent que les autres méthodes compensent les multiples échecs des antibiotiques ce qui nous permet de mieux comprendre leur désir d'essayer « autre chose ».

Certaines mères aimeraient que les médecins considèrent d'autres méthodes: *«Moi s'il me suggérait d'autres choses, j'aimerais mieux ça! J'aimerais ça qu'il y ait des solutions alternatives... (M3;336) » « J'aimerais parfois qu'il puisse envisager d'autres alternatives de médications. Mais en même temps, on se spécialise dans quelque chose (M1;206). »* Cependant, elles remarquent que les médecins sont réticents lorsqu'elles abordent le sujet des méthodes alternatives. Elles supposent que ces pratiques ne sont pas supportées par le corps médical à cause du manque de rigueur scientifique ou parce qu'ils ne connaissent tout simplement pas ce que ces alternatives ont à offrir : *« Puis si elle ne croit pas à une autre médication que les antibiotiques, c'est qu'elle en a déjà fait l'expérience puis qu'elle a vu que les résultats n'étaient pas bons ou satisfaisants. Ou bien que ce n'est pas prouvé statistiquement que c'est efficace puis l'ordre des médecins ne le reconnaît pas. Je me dis qu'il y a aussi tout ça qui entre en ligne de compte (M1;206). » « Puis si elle est réticente c'est parce qu'elle pratique une autre sorte de médecine. Peut-être parce qu'ils ne s'y connaissent pas! (M4;157) »*

Perceptions des médecins et pharmaciens

Il arrive que les parents racontent aux médecins leurs expériences avec les médecines alternatives. Les médecins interviewés ne sont pas convaincus de l'efficacité de ces méthodes et ne se sentent pas en position pour référer les patients à ce genre de pratique. L'absence de reproductivité scientifique, le manque de preuves médicales et la peur de causer du tort au patient appuient leur décision de ne pas référer : *« Moi, je leur dis que je connais pas ça! Puis si ça a fonctionné, c'est tant mieux! Je ne peux pas leur dire si c'est bon ou non parce que je ne connais pas ça. Dans le fond, une otite là... ça ne me stresse pas que le parent donne des gouttes homéopathiques. Tu sais, ce n'est pas une question de vie ou de mort (MD 1;183). » « Moi, je ne suis pas formée du tout pour ce genre de pensée-là non plus. Je ne pense pas que ça soit efficace. Il n'y a rien de prouvé, donc je ne peux pas recommander ça à des patients (MD2;254). » « Je respecte mais je n'y crois pas. Si eux veulent voir d'autres types d'approches, c'est peut-être parce qu'ils ont eu des mauvaises expériences ou parce qu'ils ne croient pas à ce qu'on peut apporter au niveau de la médecine traditionnelle (MD3;160). » « Je peux difficilement les envoyer voir un chiro. ou un homéopathe. Parce qu'évidemment, il n'y a pas de reproductivité scientifique. Ce n'est pas logique dans ma pratique. Je peux causer du mal en faisant ça (MD4;176). »*

La plupart d'entre eux partagent une crainte face aux consultations avec les chiropraticiens. Ils ne sentent pas à l'aise avec les manipulations faites par les chiropraticiens au niveau des vertèbres cervicales de l'enfant : *«Le chiro. ça me dérange plus que le naturopathe puis l'ostéopathe. Parce qu'ils font des manipulations au niveau de la colonne cervicale. Moi chez les bébés, la colonne cervicale, je ne voudrais pas que personne touche à ça (MD1;397). » «Surtout pour la manipulation chez un enfant au niveau de la colonne, je ne crois pas ça du tout! Mais bon, on n'a pas le contrôle (MD2;254). »*

Ces propos suscitent des questionnements en lien avec le rôle des médecins. Dans quelle mesure les médecins peuvent-ils interdire ou même ne pas suggérer des méthodes alternatives? Jusqu'à quel point peuvent-ils manifester de la méfiance par rapport à d'autres professionnels et en faire part à leurs patients? Il est important de souligner que certaines de ces médecines dites alternatives, comme la chiropractie, requièrent plusieurs années d'université.

À ce sujet, les pharmaciens partagent l'avis des médecins. Ils ne croient pas vraiment à l'efficacité des produits homéopathiques, certains en possèdent dans leur pharmacie et d'autres non : « *Moi je ne crois pas aux produits naturels. Je ne crois pas à l'homéopathie. Si ça aide tant mieux. Je ne pourrais pas recommander ça à un patient qui a une otite active (Ph4; 331).* » « *...un placebo ou un produit homéopathique...un est peut-être aussi efficace l'un que l'autre (Ph2; 478).* »

Certains pharmaciens croient que le recours des parents aux produits naturels est destiné à contrebalancer les effets des antibiotiques sur le corps. « *Par exemple ils vont me demander si ils peuvent continuer de donner de l'homéopathie ou des trucs comme ça. On dirait que c'est pour compenser parce qu'ils ne sont pas tellement d'accord de donner ça (l'antibiotique). Mais en général ça va, mais ceux qui sont vraiment fanatiques des produits naturels je me mets une note dans l'ordinateur pour m'adapter à eux (Ph4;291).* »

Finalement, sans fondement scientifique et avec peu de preuves cliniques, les médecins préfèrent ne pas référer leurs patients à des praticiens alternatifs. Voyant que leurs attentes ne sont pas comblées par la médecine officielle, les mères vont investiguer ailleurs même si elles savent pertinemment que ces pratiques ne sont pas supportées par le corps médical. En plus, elles ont des croyances liées aux antibiotiques qui se retrouvent probablement chez les utilisatrices fréquentes. De plus, les mères aimeraient que les médecins fassent preuve d'ouverture en offrant d'autres solutions que de recourir aux antibiotiques. Les alternatives se retrouvent au centre de la relation thérapeutique car les mères consultent ailleurs et tissent des liens avec d'autres professionnels de la santé. Les médecins manifestent des craintes face aux chiropraticiens et révèlent qu'ils ne peuvent contrôler l'envie des gens à consulter ce type de médecine. Cela laisse entrevoir qu'il y a une lutte entre certains professionnels de la santé. En contraste, les mères n'ont rien soulevé à cet effet. Quant aux pharmaciens, ils sont du même avis que les médecins mais confient que le recours aux produits alternatifs est probablement pour contrebalancer les effets secondaires des antibiotiques.

À la lueur des discours présentés dans la relation thérapeutique, on note plusieurs contrastes entre les professionnels et les parents. Des contrastes au niveau des perceptions sur les croyances et connaissances des mères. D'un côté, les parents affirment que la majorité des médecins en urgence n'ont pas le temps de faire de l'enseignement. En contrepartie, les

médecins pensent que, de tout manière, peu de patients saisiraient certaines notions médicales comme la différence entre un virus et une bactérie. Le jugement des médecins à l'égard des connaissances des parents semble sévère surtout dans un contexte où l'information dispensée au patient est minimale faute de temps. Tous les parents ont mentionné qu'ils aimeraient avoir plus d'enseignement de la part des médecins pour pouvoir jouer un rôle plus actif au niveau de la santé de leur enfant. Particulièrement en matière de prévention des infections. Comme un médecin avait mentionné pendant l'entretien : « *C'est pas payant enseigner, pendant ce temps-là je peux voir un autre cas...(MD1; 331)* » On peut comprendre pourquoi les parents se sentent désemparés si certains médecins adoptent un tel comportement. Les parents ne pourront jouer un rôle actif dans cette problématique que si les médecins investissent du temps d'enseignement avec leurs patients. Mais ce problème s'aggrave dans le cas où les mères fréquentent différents médecins à chaque fois. Les mères se sentent pressées à l'urgence et les médecins n'insistent pas trop sur l'enseignement. Elles disent que tout se déroule rapidement et aimeraient que les médecins leur accordent plus de temps. Mais les mères estiment que cela est presque utopique dans la situation actuelle du système de soins de santé. La situation ne tend pas à s'améliorer car certains pensent que les parents venant consulter aux urgences s'attendent à quitter avec une ordonnance (mentionné par une mère et un médecin).

On pourrait présumer que les médecins sont réticents à laisser de la place aux parents dans la gestion de cette infection, voire même, dans la prévention. Mais malgré cela, les parents démontrent une certaine volonté de s'informer et d'acquérir plus de connaissances. Selon les propos des médecins, il arrive parfois que les parents apportent des articles de journaux ou des informations prises sur internet. D'ailleurs un médecin soutient qu'il n'est pas toujours approprié de donner trop d'information médicale ou pharmacologique aux patients. En plus d'avoir de la difficulté à en interpréter le contenu, ils pourraient être tentés de modifier leur médication sans l'accord du médecin traitant. L'information n'est utile que pour ceux qui savent l'utiliser avec discernement. En guise d'exemple, un médecin avait soulevé que certaines chaînes de pharmacies distribuaient des résumés décrivant les caractéristiques du médicament. Par la suite, ce médecin réalisa que certains de ses patients ont arrêté de prendre leur médication par crainte de subir les effets secondaires mentionnés sur les feuillets.

Pour rajouter à cette discorde, un problème a été verbalisé par les pharmaciens. Ils ne sont pas satisfaits de la quantité d'information dont ils disposent sur le patient. Ils désirent avoir accès à plus d'informations médicales sur leurs patients surtout dans le contexte où ceux-ci viennent souvent alors qu'il serait primordial d'assurer une continuité des soins pour atteindre un succès thérapeutique sans augmenter la résistance aux antibiotiques.

Dans la troisième partie des résultats, nous allons décrire la dynamique professionnelle et les rôles de chacun interprétés par les médecins et les pharmaciens. Et nous verrons que l'enjeu majeur va au-delà des simples descriptions de rôles mais qu'une lutte de pouvoir se déroule entre les médecins et les pharmaciens.

Dynamique professionnelle

Dans cette section seront discutés la vision et la relation que les médecins et les pharmaciens communautaires entretiennent entre eux. L'approche sera de confronter les témoignages pour faire ressortir les discordances et les points de tensions.

La perception des médecins face au rôle des pharmaciens et face à leur propre rôle

Les médecins disent entretenir de bonnes relations avec les pharmaciens. Ils mentionnent que la relation avec les pharmaciens avoisinants est plus facile d'autant plus que certains médecins partagent une ligne téléphonique directe avec eux. Ils se côtoient de façon régulière et un lien de confiance mutuel s'est établi: *« On a un lien plus particulier, parce qu'on sait qu'ils sont très compétents ...donc je suis plus sûr de la continuité. Je suis plus sûr de la stabilité des connaissances. C'est plus inégal quand quelqu'un nous appelle de n'importe où! (MD4;148)» « J'suis plus à l'aise parce que je les connais (MD3;52).»*

Les médecins vont contacter les pharmaciens pour prendre des renseignements généraux sur des médicaments, par exemple, sur les effets secondaires, sur la conduite en certaines circonstances comme avec les patientes enceintes et sur les médications étrangères. Ils contactent aussi les pharmaciens pour connaître le profil d'utilisation de médicaments chez un patient: *« On les appelle quand on cherche une dose comme pour un nouveau médicament qui vient de sortir. Puis eux nous appellent quand ils pensent qu'on a fait une erreur sur notre prescription (rires). Ils vont dire : « Eh, t'as prescrit telle affaire! T'es-tu sûre c'est ça que tu veux? (MD1;229) » « Parfois pour des interactions médicamenteuses je*

vais les appeler. Aussi pour connaître le profil d'utilisation d'un enfant chez qui les otites sont fréquentes (MD3;48). »

On remarque que la finalité du rapport est différente entre les deux professionnels. Les médecins interrogés constatent que les pharmaciens sont disposés à leur offrir deux types d'informations. Dans un premier temps, les pharmaciens peuvent transmettre différentes informations sur les thérapies médicamenteuses. Dans un deuxième temps, les pharmaciens peuvent divulguer aux médecins le profil d'utilisation de médicaments chez un patient donné.

Quant aux discours des pharmaciens, ils entretiennent une relation basée sur une notion de vérification. Ils analysent l'ordonnance en fonction de l'information obtenue auprès du patient (poids, diagnostic etc.) et ils pourraient être amenés à communiquer avec le médecin pour convenir d'un traitement optimal. Jusqu'à un certain point, les pharmaciens peuvent remettre en question l'ordonnance des médecins. De façon générale, les médecins sont réceptifs aux appels des pharmaciens : *« Je pense que c'est son rôle le plus important... être un petit peu le défenseur entre guillemets du patient face aux possibilités de rendre une prescription (MD3;60). » « Je pense qu'ils donnent un bon feedback aussi sur les erreurs qu'on peut faire en terme de poids, en terme de doses, en terme de toute sorte d'affaires. C'est parfait! Moi je suis très ouvert à ça! (MD4 ;102-156) »* Le pharmacien est vu comme un filet de sûreté : *« Je me dis, c'est comme un filet de sécurité plus qu'un chien de garde là (MD1;425). »*

Quelques médecins tendent à limiter le rôle des pharmaciens à de simples fonctions de préparation et de distribution de médicaments. Également, certains ont une vision différente à l'égard des pharmaciens selon leurs contextes de travail. Les médecins de notre échantillon disent entretenir plus de contacts avec les pharmaciens communautaires, mais à l'occasion, ils échangent aussi avec les pharmaciens d'hôpitaux : *« Les pharmaciens d'officine c'est moins leur tâche. C'est plus une tâche de distribution. Son rôle, je pense, c'est la distribution de la médication qui est prescrite. Surveiller aussi ce qui est prescrit (MD3;43-72). » « Mais on n'a pas un travail de collaboration clinique comme tel (en parlant du pharmacien d'officine). Contrairement à quand je travaille aux soins (soins intensifs) puis qu'il y a un pharmacien dans l'équipe. On le consulte presque*

quotidiennement. Il vérifie la médication de façon presque quotidienne et nous donne des conseils etc.(MD3;43-72) »

Selon un médecin, un bon pharmacien est un professionnel qui ne se limite pas qu'à sa tâche de distribution : *« ...qui a le goût de vous fournir de l'information, qui a le goût de chercher, qui a le goût de vous dire « je sais où chercher ». ... qui semble avoir beaucoup plus le goût que juste de compter... mais de comprendre des choses (MD4;148). »*

Selon les médecins questionnés, le rôle des pharmaciens communautaires est de donner aux patients des renseignements relatifs aux médicaments et autres produits tels l'homéopathie : *« Je pense que le pharmacien... pas autant que nous, peut expliquer les mêmes choses. Je ne sais pas si les patients, les parents seraient aussi réceptifs par contre. Donc le rôle du pharmacien, ça serait ça, d'expliquer les antibiotiques (MD2;164). » « Donner de l'information sur la raison, les effets secondaires, l'importance de terminer la posologie (MD1 ;335). »*

Tel qu'illustré précédemment dans la relation thérapeutique, il arrive que les patients aillent consulter un pharmacien avant de rencontrer le médecin surtout lorsque le temps d'attente à la clinique est long. Il arrive fréquemment que ce soient les pharmaciens qui réfèrent le patient au médecin mais cela n'est pas limité aux cas d'otites : *« Ça arrive souvent que les patients viennent ici: « Oh, je suis allé voir le pharmacien. Puis il m'a dit de venir vous voir! (MD1;288) » « Tu sais, ils vont aller le voir pour quel type de sirop prendre (MD2;160). » « Ça, arrive de temps en temps. « Bon, on est allé à la pharmacie. Puis il nous a dit que ça serait mieux qu'on vous consulte! (MD3;152) » « ...oui, ils sont passés par la pharmacie puis la pharmacie a donné quelque chose. Moi, je suis bien d'accord qu'il donne un petit sirop. Ça ne me dérange pas. Aucun problème (MD4;326). »*

Un des médecins a manifesté une certaine réticence lorsque le sujet de l'accessibilité des pharmaciens a été soulevé. Effectivement, les pharmaciens sont des professionnels de la santé très accessibles pour la population. Ce médecin exprime sa crainte à l'égard du rôle et de l'impact que peuvent avoir les pharmaciens auprès des gens qui les consultent : *« Évidemment ça renforce les choses (en parlant du pharmacien qui pourrait faire de l'enseignement au parent concernant la différence virus-bactérie). Certainement, sauf que le problème est un problème de diagnostic (en parlant de l'otite). Alors on peut*

difficilement faire un diagnostic en arrière d'un panneau « nom d'une chaîne de pharmacies ». Ça ne se fait pas! Ce n'est pas de la médecine ça. La médecine, c'est un art. Tu t'assois, tu écoutes, tu regardes ton patient de la tête aux pieds puis tu l'examines. C'est ça la médecine! C'est un art! (MD4;320) »

Pour être en mesure de mieux exercer leur rôle et d'établir des jugements cliniques, les pharmaciens interviewés ont exprimé le désir d'avoir plus d'informations sur le patient comme le diagnostic médical et le poids du patient. Les médecins, quant à eux, admettent ne pas écrire le diagnostic du patient et le poids sur l'ordonnance. Certaines raisons sont évoquées pour justifier ce geste comme le manque de temps, le fait qu'il s'agit d'une requête de plus à gérer et qu'ils n'ont jamais appris à faire ça. Bref, selon eux, les pharmaciens n'ont qu'à demander aux patients : *« On nous demande d'écrire un milliard d'affaires à plusieurs places. Il y a un formulaire pour tout. On nous en demande beaucoup, beaucoup. Ce n'est pas payé. Puis on n'a pas le temps de faire ça. Juste une prescription déjà, ça me prend du temps. Je le ferais si on me le demandait. Je n'aurais pas un gros problème avec ça. Mais c'est encore quelque chose d'autre qu'on me demande. Et ça me contrarierait comme tel. Il y a des balances là. Ils peuvent les peser s'ils veulent (MD4;138). »*

Il est primordial de se demander jusqu'à quel point cela semble raisonnable de baser certains jugements cliniques des pharmaciens sur le discours des patients. D'après les pharmaciens, nombreux sont les patients qui ne se souviennent pas du diagnostic ou du poids de l'enfant. Tous les médecins croient que ces informations peuvent être utiles aux pharmaciens et confient que les pharmaciens n'avaient qu'à leur demander. Le partage d'information semble être la source d'un combat entre médecins et les autres professionnels de la santé. Un des médecins affirme que le partage d'information représente, en quelque sorte, une menace à son travail : *« Tout le monde n'a pas toujours à se mêler de tout ce qui se passe dans le bureau là. Tout le monde en santé, est en train de prendre toute la place là (MD4;120). »*

En discutant de leur rôle en tant qu'omnipraticien, deux médecins nous font part de leur perception : *« D'abord, je suis médecin de famille là. Donc j'ai réglé ou je suis en train... Non je pense que j'ai réglé pas mal ce problème là à travers ma vie. Donc je suis très loin d'être un « dispatcher ». Je fais beaucoup de gestes techniques que ce soit au bureau ou à*

l'hôpital. Je fais beaucoup d'affaires. Je suis surtout conscient de mes limites, ce qui est ma force la plus importante en tant que médecin de famille. Aussi l'autre force importante, c'est d'avoir des connaissances importantes et surtout savoir où chercher des connaissances. Que ce soit dans nos livres, auprès de nos collègues et il faut connaître sa communauté (MD4;184). » « Donc moi, je me suis jamais senti mal de dire aux parents ou à un adulte dans une circonstance autre de dire : « Bien écoutez! Je pense que dans les circonstances actuelles j'aimerais avoir l'opinion de collègue qui a une expertise plus grande dans ce domaine-là. Moi je suis un médecin généraliste. Je ne peux pas être connaissant dans tout! Je ne suis pas un "omniscience". Je suis un omnipraticien (rires) (MD3 ;120). »

À la lueur de cette problématique, il est intéressant de noter que non seulement les parents sont à court de solutions mais aussi les médecins. Ce questionnement face à leur rôle prendra tout son sens quand on réalise que les médecins consultent d'autres spécialistes étant donné qu'ils ne savent plus comment gérer cette pathologie. Les médecins reconnaissent leurs limites dans le contexte des otites moyennes aiguës à répétition, si bien qu'ils finissent par référer l'enfant chez un spécialiste. Ils envoient l'enfant consulter un ORL pour obtenir une opinion et faire un suivi. Il est à noter que les références aux spécialistes sont traitées cas par cas. Les médecins ne suivent pas de guidelines. Il s'agit d'une décision subjective de leur part : *« Écoute, il a fait des otites tout l'hiver (disent les parents)! Alors ça te met la puce à l'oreille » « Mais je n'ai pas de chiffres magiques... Tu sais dans le fond, un parent qui me dira pas qu'il a fait des otites tout l'hiver, qu'il est toujours au sans rendez-vous, je ne regarde pas le dossier pour savoir combien il en a fait là, tu sais... mais quand c'est mes patients, je suis plus au courant (MD1; 292-303). » « ... quand l'enfant en a fait plus que 5-6 otites en 6 mois (MD2;83-86). » « Je suis un omnipraticien. Je pense que dans le contexte, ça serait bon d'avoir l'opinion d'un spécialiste. Pour savoir...p't-être voir un peu qu'est-ce qu'on pourrait faire de plus. Parce que moi je suis rendu à ce que je connais. Et à ce que je sais faire. Oui je pense que lui a l'expertise pour faire plus! ». Peut-être qu'il fera rien de plus non plus (MD3;120). » « Si vraiment c'est un problème et qu'on voit que l'enfant revient et qu'il a une prescription d'antibiotiques à toutes les 5 ou 6 semaines, ou plusieurs fois par hiver, là à ce moment là , on va référer p't-être soit en pédiatrie ou en ORL pour avoir une opinion et un suivi (MD4;87-90). »*

Étant donné que les médecins réfèrent les patients avec parcimonie, pour ne pas dire au « compte-gouttes », il y a lieu de croire qu'ils souhaitent n'avoir qu'une opinion et non pas que l'enfant se fasse prendre en charge par un autre professionnel. Vraisemblablement, ce geste si peu fréquent démontre-il une crainte de perdre leur clientèle au profit des spécialistes? De plus, les parents verront-ils les références chez les spécialistes comme un signe « d'incompétence clinique » des médecins généralistes?

Même si les mères rapportent que les médecins vouent peu de temps à l'enseignement, les médecins s'accordent pour dire que ce rôle leur appartient car ils connaissent mieux le contexte clinique : *« Mais je pense que dans le contexte quotidien, c'est plus le rôle du médecin au sans rendez-vous. Puis pourquoi? Je pense que ça revient plus à lui... ça va plus dans la conversation. Car de tout manière c'est lui qui décide ou non de prescrire (MD;321). » « Je pense au traiteur. Et le traiteur d'habitude c'est celui qui va prescrire, non? Donc le médecin (MD4; 318). »*

Par souci de bonne pratique clinique, deux médecins ont mentionné qu'il existe au sein de leur clinique un « mécanisme de contrôle » qui se traduit par des lignes de conduite pour homogénéiser leur pratique : *« On travaille en grosses équipes. On est 22 omnipraticiens, alors on sait ce que les autres font. On a des mécanismes de révision de traitement puis de révision de dossiers. Puis on parle beaucoup entre nous (MD4;296.) » « Ici je peux dire qu'on est capable de se tenir comme groupe...Peut-être pour les otites, c'est plus difficile. Mais pour les pharyngites ou pour les infections des voies respiratoires. Puis on a moins de demande de ce type-là comparativement à avant. Parce qu'on a été capable de dire : Non! Selon nous, il n'y a pas d'indications... On a été capable de se mettre une ligne de conduite ici, c'est-à-dire avec tous les médecins. De sorte qu'on on se sent à l'aise de dire : « Nous autres, on pense que dans le contexte actuellement, il ne devrait pas y avoir d'utilisation d'antibiotiques! Et on pense que ça ne serait pas une bonne pratique de faire ça. Puis vous avez le droit d'aller voir quelqu'un d'autre pour avoir une autre opinion ». Je ne vous dis pas que c'est jamais arrivé là! Un patient hyper agressif etc. (MD3; 118) »*

Dans le même ordre d'idées, un médecin manifeste sa frustration lorsqu'il y a absence d'uniformité quant à la pratique de prescription de médicaments. Malheureusement, certains médecins ont trop facilement tendance à prescrire, alors les autres médecins devront payer pour ce genre « d'abus » : *« On est pris avec ça. Puis faut tenir le bout sinon*

hein! *Quand j'ai un doute, oui je vais peut-être en donner (MD2;66).* » Comme l'explique ce médecin, si les parents n'obtiennent pas d'ordonnance pour des antibiotiques avec elle, ils iront consulter ailleurs : *« Certain que oui! Puis il y en a qui ne l'ont pas dit mais je sais! (rires) Je regarde dans le dossier. Puis il a vu un autre médecin le lendemain. Puis il lui a donné des antibiotiques, ça arrive (MD2;210).* » Cela nous montre que les parents exercent une influence non négligeable.

Finalement, concernant la collaboration des médecins dans l'équipe multidisciplinaire, on remarque qu'ils tendent à coopérer plus fréquemment avec les autres professionnels de la santé. Néanmoins, c'est une transition difficile à effectuer étant donné la notoriété qui était associée, jadis, à ce groupe professionnel : *« Peut-être qu'aujourd'hui, on travaille plus en équipe. Je pense qu'avant, c'était aussi que le médecin, c'était le médecin. C'est comme un... pas un dieu... mais un savant. Puis il savait. Les gens se fiaient à lui les yeux fermés. Je pense qu'aujourd'hui, ce n'est plus ça! Je ne sais pas si les médecins plus âgés seraient réceptifs à ça! Je pense qu'en majorité les plus jeunes, ceux que je connais, ils n'auraient pas de problème (MD2;390).* » *« Si je regarde dans le groupe où je travaille, je pense que ça ne se vit pas. J'ai l'impression que de moins en moins, c'est quelque chose qui est une réalité où le médecin, le travailleur social, le pharmacien sont des gens qui se regardent avec un peu de méfiance. Je pense que le médecin est moins sur son piédestal comme il pouvait l'être il y a plusieurs années. En tout cas, moi c'est mon expérience (MD3;176).* »

Il fut pertinent d'évaluer la vision des médecins face au rôle des pharmaciens et face à leur propre rôle. Voyons maintenant les propos exprimés par les pharmaciens.

La perception des pharmaciens face au rôle des médecins et face à leur propre rôle

De façon générale, les pharmaciens disent entretenir de bonnes relations avec les médecins. Les médecins les contactent par téléphone pour obtenir diverses informations sur les médicaments tels le dosage, les effets secondaires, quels tests effectuer avant de prescrire, avoir leur opinion sur un choix thérapeutique ou s'informer des interactions médicamenteuses: *« Ils nous appellent pour... les effets secondaires... pour savoir ce qu'il faut faire comme test avant de prescrire un médicament... c'est vraiment relié au médicament (Ph2;52).* » *« C'est la troisième ou quatrième (otite) en deux ou trois mois, là ils sont découragés. On a souvent des appels de médecins d'hôpitaux ou de cliniques parce*

qu'ils veulent represcrire alors ils appellent pour avoir quelques pistes. Mais ça, c'est très technique. Alors ça ressemble à ça (Ph2;64). » « ... ils vont nous appeler pour avoir si tel type de médicament est disponible, connaître les interactions, veulent savoir ce que le patient a dans le dossier ou tout simplement veulent connaître la dose pour tel type d'infection (Ph4; 69). »

Les contacts initiés par les pharmaciens auprès des médecins visent, entre autre, à vérifier et valider certaines informations sur l'ordonnance : *« Nous, on va les appeler si on juge que la dose d'antibiotique est trop forte ou si la dose n'est pas correcte. Parce que nous on les calcule (les dosages) maintenant avec les logiciels informatiques. Des fois on est bien reçu des fois on les dérange (Ph1; 58). » « Lors de l'appel, je confirme ce qu'il a écrit. Si ça ne rentre pas dans les standards, je lui demande si c'est toujours cela qu'il veut. Habituellement, ils voient d'eux-mêmes (Ph4;335). »*

Dans le cas où une ordonnance soulève des interrogations, les pharmaciens affirment qu'il y a une manière d'aborder la discussion avec le médecin. À la longue ils développent des stratégies de négociations favorisant ainsi un accord mutuel : *« Celui là, je le connais. Je sais que si je veux tant de milligrammes par kilo, il faut que je lui demande plus pour arriver à ce que je veux (Ph4;97). » « Je m'arrange pour que ça soit une relation d'égal à égal et non une relation paternaliste. C'est sûr qu' on apprend à véhiculer l'information de façon plus diplomate. En prenant un peu de maturité et d'expérience, on fini par prendre des tours pour mieux présenter l'information. Par exemple, je vais mentionner au médecin que j'ai lu un truc dans telle revue et je vais lui demander s'il était au courant avant de lui dire que je n'accepte pas sa recommandation (Ph2 ;196). »*

Le fait d'évoquer le terme « paternaliste » suppose qu'il existe un rapport de force entre ces deux professionnels. On serait tenté de faire un parallèle avec la relation hiérarchique que tout médecin entretient avec ses subordonnés. Finalement, ce rapport de force peut conduire à une lutte de pouvoir étant donné que le médecin a toujours dominé la structure du travail médical.

Le discours des pharmaciens confirme ce que les médecins ont rapporté au niveau des échanges entre eux. Les pharmaciens observent une différence au niveau des contacts avec les médecins qui travaillent dans le même établissement comparativement aux médecins

qui pratiquent ailleurs: « *Oui, parce que plus tu te connais, plus c'est facile...* » « *...la communication, la crédibilité aussi. Il y a beaucoup de chose que l'on voit quand on rencontre quelqu'un qu'on ne peut pas voir au téléphone. Je pense que c'est important de rencontrer les gens, c'est pour ça que c'est important pour nous de voir les médecins, de leur parler et d'échanger avec eux sur plusieurs sujets (Ph1;194).* » « *... la relation est quand même assez intime (restaurant, échanges de cadeaux) comparativement aux autres médecins des autres cliniques où c'est plus « straight » (formel) (Ph2;72).* »

Il a été mentionné que la proximité rend les relations plus faciles. Cependant, il arrive parfois que les pharmaciens ne se sentent pas à l'aise de contacter le médecin. Détail qui n'a pas été soulevé par les médecins. À l'inverse, le fait de ne pas toujours avoir eu de bonnes relations par le passé rend le contact difficile. Surtout dans les cas où les médecins se font très directifs ou lorsqu'ils ne tiennent pas compte des suggestions des pharmaciens. Le fait de se sentir intimidé et le manque d'expérience ont été soulevés comme motifs : « *Ce n'est pas que je ne m'entends pas bien mais je suis moins à l'aise... Parce qu'ils m'impressionnent peut-être! Tu sais, j'ai trois ans et demi d'expérience. Eux, ça fait des années...Aussi quand tu te fais répondre bête ou que tu te fais répondre : « Puis moi je fais ça! Puis c'est tout! » Ça, c'est moins évident (Ph4; 335).* » « *Certains ont l'orgueil un petit peu plus gros alors c'est pas évident là! (Ph4; 335* »

Les pharmaciens ont parfois l'impression de déranger lorsqu'ils communiquent avec les médecins: « *On s'en rend compte à l'attitude au téléphone, la voix...(en reprenant les paroles d'un médecin) c'est ça que j'ai écrit, donnez ça! ...ça arrive. De moins en moins heureusement mais ça arrive encore malheureusement (Ph1;60).* » « *Il y a des médecins qui me répondent ça : bon qu'est-ce que j'ai fait encore là? Ils le savent qu'il y a quelqu'un qui les surveillent en arrière. Ce n'est pas sain comme relation mais c'est ça (Ph2; 216).* »

Certains médecins ne sont pas du tout réceptifs à l'appel des pharmaciens et quelques-uns ne sont même pas intéressés à parler avec eux: « *Il ne veut pas non, il n'est pas intéressé. Ce qu'il dit c'est ce qu'il dit puis il n'y a pas de négociations. Ce n'est pas possible d'entendre ça aujourd'hui. Une fois où j'étais totalement en désaccord, j'ai carrément envoyé le patient en haut. Il ne doit pas avoir confiance au pharmacien, j'ai tenté à plusieurs reprises mais qu'est-ce que vous voulez? (Ph3 :132)»* « *J'ai un cas (médecin) qui ne veut pas se faire appeler pour quoi que ce soit, alors j'ai mis une note dans l'ordinateur*

puis lui on ne l'appelle pas (Ph4; 121). » Notons que durant les entretiens, aucun pharmacien n'a mentionné son refus à parler avec un médecin.

Il est intéressant de constater que personne sauf les pharmaciens n'a un droit de regard sur les ordonnances. On peut présumer que la position privilégiée des médecins ainsi que leur image sociale expliquent en partie leur réticence à se faire questionner au sujet de leur jugement clinique (choix thérapeutique): *« C'est un médecin qui est un petit peu plus vieux... quand ils ont fait leur cours, j'ai l'impression que c'était très, très valorisé, la profession médicale et ça l'est encore. Ils sont vus comme des dieux. Ils nous voient comme des compteurs de pilules. Personne ne passe après eux, personne ne les reprend. Alors quand on leur dit qu'ils font une erreur et que tu demandes à changer la dose puis qu'il la maintient, c'est pour avoir raison même s'il sait pertinemment que c'est pas bon (Ph4;109).* »

Les médecins ne sont pas toujours coopératifs avec les recommandations des pharmaciens. En cas de refus, les pharmaciens apprécient avoir la raison qui sous-tend le refus car ils l'inscrivent au dossier du patient : *« Dans ce temps-là, moi, je suis toujours responsable professionnellement alors j'insiste, je leur demande pourquoi: est-ce qu'ils ont lu quelque chose qui dit le contraire de ce que je leur recommande? En général, je m'arrange pour être convaincu avant de raccrocher (Ph2;196).* » *«Je mets toujours une note sur la prescription quand j'appelle le médecin. Je l'ai appelé pour suggérer telle dose. Accepte ou refuse (Ph4;339).* »

Malgré que les pharmaciens croient que les médecins devraient prescrire un antibiotique tel l'AMOXIL[®] comme premier choix, il reste que la décision finale revient au médecin : *« Bien oui, tu peux le suggérer mais c'est toujours le médecin qui a le dernier mot pour prescrire (Ph1;100).* » Même si les pharmaciens sont motivés par de bonnes intentions, lorsqu'ils contactent les médecins, ils se heurtent souvent à la résistance de ceux-ci.

Malgré tout, les pharmaciens manifestent le désir d'accroître leur collaboration auprès des médecins. Leur rôle est loin de se limiter à l'exécution des ordonnances médicales, ils veulent qu'on tienne compte de leur expertise en tant que spécialistes du médicament : *«Remplir des prescriptions, il n'y a rien de plus ennuyant. Ce n'est pas de la pharmacie pour moi juste remplir des prescriptions. Il ne faut pas se limiter à ça, il faut être capable*

de dire qu'on fait partie de l'équipe de santé. J'ai une prescription mais j'ai aussi en face de moi ce patient-là. Puis on part du patient, puis ce patient-là a un poids, puis ce patient-là a un problème. Est-ce que, ce qui est prescrit est le meilleur médicament pour ce client-là? C'est ça ma responsabilité (Ph3;208). »

Le sentiment de valorisation des pharmaciens semble relié à la possibilité d'avoir plus d'initiative et donc, d'exercer de façon plus autonome. Comme l'illustrent ces pharmaciens, plus de libertés décisionnelles est très avantageux pour les patients. Ils n'auront pas besoin d'attendre et de reconsulter le médecin: *« ... je trouve ça très brillant ceux qui nous appellent et nous disent : écoute, si dans 48 heures ça ne va pas mieux, prescrit-lui tel médicament. Alors, lui, il n'a pas besoin de reconsulter, il vient d'économiser du temps en nous déléguant le suivi. C'est intéressant, plus il nous laisse de place, évidemment si on est capable de respecter selon notre profession, on va la prendre parce qu'on est formé pour ça et puis c'est intéressant (Ph2;349). » « (un exemple de collaboration avec le médecin)...c'est des choses qui rend ma pratique plus intéressante et plus valorisante; puis c'est beaucoup apprécié par les clients aussi (Ph3; 200). »*

Tous les pharmaciens s'entendent sur la nécessité d'avoir plus d'informations médicales sur le patient telles le diagnostic et le poids de l'enfant car plusieurs choix thérapeutiques se font en fonction de ces critères. Ils seraient alors plus en mesure d'intervenir de façon efficace, évaluer si le dosage est correct et si le choix du médicament est adéquat surtout dans le contexte des otites à répétition : *« Quand tu as un enfant qui fait plusieurs otites à répétition et que les ordonnances viennent du pédiatre, c'est très difficile pour nous d'intervenir. On n'a pas le dossier médical, il nous manque énormément d'informations, on ne connaît pas toute l'information héréditaire reliée à ça. Cela nous offrirait plus de poids (avoir plus d'information médicale), on est très bien formé en pharmacie actuellement au niveau clinique, c'est incroyable comment on pourrait aider toute la thérapeutique. Je trouve ça dommage (Ph1; 116). » « J'aimerais ça qu'ils écrivent le diagnostic comme ils font dans les hôpitaux c'est intéressant. Souvent on est obligé de rappeler le médecin pour le potassium ou le LASIX®... pourquoi est-ce qu'on vous donne du potassium? Des fois on va demander un test de laboratoire, on peut demander une kaliémie. Bon c'est sûr que ces choses là pourraient être intéressantes mais au moins le diagnostic. Et c'est sûr qu'avec la carte à puce ça serait faisable (Ph2; 280). »*

Malheureusement, le fait que les médecins omettent certaines informations sur l'ordonnance peut entraîner des confrontations inutiles entre pharmaciens et autres professionnels : «... *habituellement c'est au moins un gramme par dose alors j'ai appelé... c'est un biochimiste à « nom d'hôpital »... là il dit : Vous devriez regarder dans vos livres! Lorsqu'on est en présence d'un patient qui est en insuffisance rénale... on doit réduire la dose. Comment suis-je sensée deviner ça moi? (Ph3; 152) »*

De leur côté, les médecins expliquent que les pharmaciens n'ont qu'à demander le diagnostic et le poids aux patients. Quelques pharmaciens mentionnent que les patients ne sont pas toujours fiables. Certains parents ne connaissent pas le poids de leur enfant tandis que d'autres ne se souviennent pas du diagnostic posé par le médecin : « *Très souvent, très souvent, je dis : madame, pourquoi vous avez consulté? Un mal de genou? Elle dit : bien non, j'avais mal à l'oreille. Ah bon, c'est peut-être une otite, elle dit : ah oui! je pense. Souvent ils sont stressés, les médecins vont parler rapidement et ils ne retiennent pas beaucoup d'informations. En tout cas ils ne retiennent pas l'information essentielle. C'est un pattern qui arrive très fréquemment (Ph2; 180).* »

Selon les pharmaciens, les médecins résistent à partager plus d'informations médicales avec d'autres professionnels car ils auraient l'impression de perdre l'exclusivité et le contrôle : « *...il y a beaucoup de politique reliée à ça, les médecins sont très réticents à donner de l'information. C'est une petite chasse gardée... ça va de mieux en mieux... ils sont de plus en plus ouverts. (Ph1;130) »*

De façon unanime, les pharmaciens ont manifesté leur intérêt pour la carte à puce. Elle permettrait d'assurer un lien entre les différents professionnels de la santé et offrirait des renseignements relatifs sur l'état de santé d'un patient. Il est intéressant à noter qu'aucun médecin n'a mentionné la carte à puce comme avenue pouvant assurer une continuité des soins.

Les professionnels de la santé tendent plus à travailler en équipe multidisciplinaire, mais c'est un changement plus ou moins facile pour certains médecins comme en témoignent ces pharmaciens qui notent une différence selon l'âge des médecins : « *Pas nécessairement menacé (les médecin qui se sentent menacés des interventions des pharmaciens) mais, écoute, il ne faut pas se le cacher de plus en plus les infirmiers, les diététistes et puis toute*

l'équipe multidisciplinaire essaie de travailler ensemble et les médecins restent au centre de ça. Ils gardent l'impression qu'ils ont le dernier mot parce que c'est vrai, faut pas se le cacher non plus, c'est lui qui a le dernier mot. Par contre, la mentalité change au niveau des médecins et ça on le ressent. Mais on a encore une génération qui ne sera pas réceptive à ça. Des réponses comme : Écoute mon ti-gars, la médecine est un art alors laisse-moi travailler tout seul! (Ph2; 220) » « Les jeunes médecins vont nous appeler souvent : Écoute j'ai tel cas, qu'est ce que je peux faire? Ils sont plus habitués à travailler en équipe. Puis ils se prennent moins pour « un dieu » (Ph4; 381). »

Le manque d'habitude à collaborer et la perte de pouvoir des médecins ont été évoqués comme raisons pouvant expliquer cette difficulté à trouver un terrain d'entente: *« C'est peut-être nouveau pour eux, avant ils avaient tout le pouvoir. Ils ont l'impression que ça leur enlèverait quelque chose alors qu'au contraire, moi je pense, qu'ils auraient juste plus à recevoir. J'espère que dans un futur rapproché on va être capable de former une bonne équipe avec les médecins et être plus consultés (Ph1;202). »*

Cette section sur la dynamique professionnelle trace le portrait des relations et perceptions entre médecins et pharmaciens. De façon générale, médecins et pharmaciens se disent satisfaits de la relation qu'ils entretiennent entre eux. L'échange d'informations est au cœur des relations entre les professionnels et avec les parents. Les médecins contactent les pharmaciens pour obtenir de l'information en général sur la médication et aussi pour consulter le dossier patient. La finalité du rapport est différente. Les médecins contactent les pharmaciens pour deux raisons : 1) pour obtenir de l'information sur des thérapies médicamenteuses 2) pour obtenir de l'information sur le dossier patient. Ils attribuent aux pharmaciens les rôles de vérificateurs et de distributeurs en plus de les considérer comme des « gardiens ». Les médecins manifestent certaines craintes car les pharmaciens sont facilement accessibles par la population et peuvent effectuer un triage lors des consultations.

Les pharmaciens soutiennent, quant à eux, le besoin d'avoir plus d'informations médicales tel le poids et le diagnostic pour être en mesure d'exercer leur rôle et établir des jugements cliniques. D'emblée, les médecins interviewés n'incluent pas ce type d'information sur les ordonnances. Ce manque d'information fait perdre du temps autant pour les médecins que les pharmaciens et peut même conduire à certaines confrontations inutiles. Les médecins

semblent hésitants à divulguer cette information. C'est probablement pour cette raison que seulement les pharmaciens ont discuté de la carte à puce. On remarque que le simple partage d'information au sujet des patients semble être la source de plusieurs conflits entre médecins et pharmaciens.

Les pharmaciens doivent parfois utiliser différentes stratégies de négociation pour arriver à une entente avec le médecin. Certains médecins démontrent une attitude défensive lors des interventions des pharmaciens. Un pharmacien le démontre bien en citant que certains médecins lui répondent : « *Bon, qu'est-ce que j'ai encore fait?* » Cela pourrait s'expliquer par le fait que les pharmaciens sont susceptibles de remettre en question l'ordonnance et donc, indirectement, le jugement clinique des médecins.

Ce chapitre a permis de démontrer que le phénomène de surprescription des antibiotiques est un enjeu qui prend racine dans la dynamique entre médecins, pharmaciens et parents. À première vue, il aurait été facile de jeter le blâme sur celui qui rédige l'ordonnance mais notre étude démontre que les trois groupes d'acteurs contribuent à persévérer le cycle de surprescription.

En premier lieu, nous avons illustré que certains éléments peuvent amener les médecins à prescrire. Les déterminants contextuels à la prescription sont des facteurs extérieurs à la relation professionnel-patient. Les difficultés d'établir un diagnostic clair et de pouvoir effectuer un suivi rigoureux des patients contribuent à ce problème. De plus, les médecins et pharmaciens s'accordent pour dire que l'industrie pharmaceutique favorise l'utilisation de certains médicaments. Le contexte socio-environnemental des parents amène également les médecins à prescrire pour des motifs organisationnels.

La section sur la relation thérapeutique a mis l'accent sur les notions de savoirs et de connaissances. Il semble qu'il y ait un déséquilibre entre ce que perçoivent les médecins et ce que savent les parents au sujet des otites et des antibiotiques. Au niveau des interactions avec les médecins, les parents ont des attentes non comblées car les médecins sont à court de solutions pour régler les otites répétitives. Les mères consultent donc des médecines alternatives même si elles savent que les médecins supportent peu cette décision.

Finalement, la section abordant la dynamique professionnelle permet de mettre au jour les différentes perceptions des rôles de chacun face à cette problématique. L'enjeu principal

soulevé dans cette section est sans contredit tous les aspects entourant le partage d'information sur les patients. Également, le fait que les pharmaciens veuillent collaborer plus étroitement et désirent une reconnaissance au-delà du rôle de distributeur semble créer des tensions. De plus, les pharmaciens risquent de toujours maintenir un niveau de stress avec les médecins étant donné la nature de leurs interventions.

En fin de compte, la dynamique entre médecins, pharmaciens et parents fait surgir des frictions potentielles entre tous les acteurs. En plus des difficultés à établir un diagnostic clair, les médecins sont à court de solutions alors ils réfèrent parfois chez des spécialistes. Pendant ce temps, les pharmaciens critiquent les moyens thérapeutiques utilisés par les médecins et parfois seront tenus d'intervenir auprès d'eux. Le conflit entourant le débat sur la quête d'informations ne fait qu'entretenir des frictions entre eux. Pour finir, les parents déçus de ne pouvoir obtenir davantage d'aide des médecins, décident de consulter ailleurs ce qui contrarie parfois les médecins.

La discussion qui sera abordée dans le prochain chapitre, permettra de mieux saisir certains enjeux évoqués dans les résultats en les situant dans un contexte sociologique.

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

Les objectifs de notre étude étaient de mieux connaître les perceptions et attitudes des trois groupes d'acteurs face à la prescription d'antibiotiques en lien avec les otites moyennes aiguës à répétition. De plus, à travers la perception des différents acteurs, nous voulions explorer la dynamique relationnelle entre parents, médecins et pharmaciens dans le contexte de la prescription à répétition d'antibiotiques. Notre étude a fait ressortir différents facteurs explicatifs de la problématique de la prescription d'antibiotiques chez les enfants souffrant d'otites moyennes aiguës à répétition. Ces facteurs ont été largement discutés par les parents, les médecins et les pharmaciens et nous les avons regroupés selon trois thèmes, soit les déterminants contextuels de la prescription, la relation thérapeutique et la dynamique professionnelle. Pour être en mesure de saisir le phénomène de prescription à répétition (surprescription) à travers les entretiens, nous avons convenu d'une définition opérationnelle (page 7) : la surutilisation peut se définir comme étant la prescription de médicament lorsque celle-ci se fait en l'absence de preuve clinique ou/et non basée sur les critères de guide de pratique.

La particularité de notre étude est d'avoir permis la confrontation des discours entre les trois groupes d'acteurs directement impliqués dans cette problématique. L'étude permet de révéler les différentes perceptions des participants, tout en les situant dans un contexte d'ensemble. Contrairement aux écrits sur la dynamique entre médecins et pharmaciens qui se limitent à un premier niveau d'analyse, notre étude rend compte d'une perspective sociologique qui donne un autre sens à cette dynamique et permet d'offrir un deuxième niveau d'explication.

Les déterminants contextuels de la prescription

Les déterminants contextuels de la prescription s'avèrent être un premier niveau d'explication de la problématique selon les participants à l'étude. En fait, les facteurs soulevés trouvent écho dans les écrits tout en apportant certaines variations.

Manifestement, l'incertitude face au diagnostic, qui est un facteur s'inscrivant dans la dimension clinique du travail du médecin, est un motif retrouvé dans plusieurs études. En

effet, l'ambiguïté résultant de la difficulté à effectuer la différence entre les infections de type virales ou bactériennes contribue à cette incertitude (Boccazzi et al., 1997; Pichichero, 1998). Devant les risques omniprésents que présente une otite non traitée, le médecin décidera de rédiger une ordonnance en vue de débiter un traitement antibiotique (Roark et al. 1995; Boccazzi et al. 1997). Le manque de connaissance sur les traitements adéquats et le peu de consensus sur les critères diagnostics aggravent la situation (Culpepper et Froom, 1997; Froom et Culpepper, 1990; Mazzaglia, Arcoraci, Nicoletti et Caputi, 1998; Van Buchem, Dunk, et Van't Hof, 1981). Finalement, les écrits démontrent qu'il y aurait même des controverses quant au besoin réel de traiter les otites (Culpepper et Froom, 1997; Hendley, 2002).

Le mode de rémunération et le volume de patients vus s'inscrivent dans les facteurs d'ordres organisationnels (Hutchison, et Foley, 1999). Le temps alloué à la consultation influencera également la pratique de prescription (Carthy et al., 2000; Schwartz et al., 1998). Dans ce contexte, une solution envisagée est de remettre une ordonnance au patient en lui indiquant de la faire remplir si sa condition se détériore (Couchman, Rascoe et Forjuoh, 2000).

Le troisième facteur s'inscrivant dans les déterminants de la prescription est l'influence de la représentation pharmaceutique. La littérature est très controversée au sujet de l'impact de cette industrie. Un certain nombre d'études soulignent le fait que peu de médecins avouent être influencés par la représentation pharmaceutique alors que plusieurs de ces études démontrent dans les faits qu'ils sont influencés (Carthy et al., 2000; Madhavan et al., 1997; Murray, 2002; Orlowski et al., 1996). En s'inspirant des sciences sociales, Dana et Loewenstein (2003) expliquent que cette controverse réside dans le fait que les gens en général reconnaissent les biais et les conflits d'intérêts mais seulement chez les autres.

La demande des parents agit aussi sur ce phénomène. Stivers (2002) indique que les parents utilisent diverses méthodes de négociation pour obtenir des antibiotiques. De plus, il y a tout l'aspect des représentations que se font les médecins des attentes des parents. À ce sujet, les écrits discutent du désir des parents d'obtenir des antibiotiques et de la perception des médecins face à ce désir (Mangione-Smith et al., 1999). En fait, les auteurs concluent que les perceptions des médecins face aux attentes des parents ne correspondent pas à leurs

attentes réelles. Les médecins remettraient plus d'ordonnances que ce que veulent réellement les parents.

Finalement, notre recension des écrits signale une catégorie de facteurs économiques et juridiques qui exercent une influence dans la prescription des antibiotiques. L'ordonnance serait vue comme une façon de protéger le médecin des risques de séquelles advenant une décision de ne pas traiter. À travers la prescription, le médecin diminuerait ses probabilités de poursuites judiciaires pour faute d'avoir posé un geste (Barden et al., 1998; Carthy et al., 2000).

En parallèle avec la recension des écrits, les médecins participant à l'étude expliquent qu'au-delà des critères établis, le diagnostic repose sur plusieurs éléments plus ou moins subjectifs qui créent une certaine ambiguïté chez le clinicien. Ils admettent qu'il est difficile de faire la distinction entre une infection virale et bactérienne et que cela entraîne des difficultés dans la prise en charge du traitement. Les médecins disposent de deux moyens pour les aider à clarifier cette ambiguïté. La référence à un collègue ou un spécialiste a été mentionnée, tant au niveau de nos participants que dans la recension des écrits. Le deuxième moyen est de revoir le patient dans un délai de temps plus ou moins fixe variant d'un médecin à l'autre (24-48 heures), pour ré-évaluer le cas clinique. Les médecins ont dit mettre en pratique cette option dans la mesure du possible.

Dans un deuxième temps, les médecins évoquent des facteurs d'ordres organisationnels qui tiennent compte de l'environnement de travail, des contraintes de temps liées au système de santé. Bien que les médecins reconnaissent qu'il n'est pas facile d'effectuer un suivi étant donné que les parents ont de la difficulté à obtenir un rendez-vous rapidement, aucun d'eux n'a suggéré de solutions pour améliorer la situation. Dans les cas où on ne peut assurer le suivi, certains médecins donneront une ordonnance à leurs patients en leur indiquant de la faire exécuter si nécessaire. Cependant, cette pratique ne fait pas l'unanimité au sein du groupe des médecins interrogés. Par ailleurs, les médecins confient que le temps alloué à la consultation varie selon le contexte de travail. Un médecin qui pratique en salle d'urgence d'un centre hospitalier disposera de moins temps comparativement à la pratique en clinique privée. Il semble, selon eux, que le lieu de travail les prédispose à modifier leurs pratiques de prescription.

Les médecins de notre étude ont confirmé subir un certain degré d'influence de la représentation pharmaceutique. Malgré des attitudes diversifiées à ce sujet, ils soulignent que la visite du représentant entraîne, à l'occasion, une modification des pratiques de prescription. Les médecins ont cependant surtout mis l'accent sur la nature informative qu'apportaient les rencontres avec les représentants.

La demande des parents, qui constitue le quatrième facteur dans les déterminants de la prescription, joue aux yeux des médecins interviewés un rôle dans cette problématique. La demande des parents serait surtout influencée par des motifs organisationnels comme la nécessité du retour au travail et indirectement pour l'enfant, le retour à la garderie ou à l'école. Les exigences exprimées par les parents vont au-delà du seul désir d'obtenir une ordonnance pour des antibiotiques. Effectivement, ils vont même jusqu'à spécifier aux médecins l'intervalle d'administration qui leur convient et le type d'antibiotique souhaité. Quoique nous n'ayons pas questionné à fond les mères au sujet des différentes tactiques pour obtenir des antibiotiques, elles discutent de leurs expériences passées avec les médecins dans l'espoir que ceux-ci en tiendront compte lors de la prise de décision.

En étant les seuls professionnels de la santé à revoir et vérifier les ordonnances des médecins, les pharmaciens sont confrontés de façon quotidienne à plusieurs situations délicates au moment de l'échange avec les médecins. Avec le peu d'information qu'ils ont à leur portée lors de la préparation de l'ordonnance, ils constatent que les médecins n'ont pas recours aux traitements suggérés pour l'otite moyenne aiguë. En effet, ils remarquent que les médecins utilisent des antibiotiques à plus large spectre ce qui, selon eux, n'est pas nécessairement indiqué comme traitement de premier choix pour une infection comme l'otite moyenne aiguë. Selon leurs perceptions de la situation, ils croient que les médecins et les parents veulent obtenir rapidement un succès thérapeutique. Selon eux, cela est attribuable aux conditions de vie des parents qui essaient tant bien que mal de concilier obligations familiales et professionnelles. Également, cette pratique pourrait être le fruit d'un manque de connaissances des médecins quant au meilleur choix d'antibiotiques selon les guides thérapeutiques. Quant à la représentation pharmaceutique, les pharmaciens croient que les médecins subissent une influence qui va dans le sens de la compagnie en question. Notons que les pharmaciens ont dit se sentir un peu délaissés par les représentants pharmaceutiques, ils ont l'impression de passer « en deuxième ».

Nos propos, tout comme les résultats écrits au sujet des déterminants contextuels de la prescription, suggèrent que les médecins ont recours aux antibiotiques à large spectre en raison de la difficulté à effectuer un suivi. Il est possible que cette situation surgisse plus fréquemment dans certains contextes. Ainsi, les médecins d'urgence auraient moins de temps à consacrer aux cas non urgents comme celui des otites moyennes aiguës (évaluation approfondie des antécédents, explications, enseignement etc.) ; ce qui est plausible si l'on considère que la mission réelle d'une urgence de centre hospitalier est de trier et de traiter le plus efficacement et rapidement possible les situations qui se présentent.

Tel que mentionné dans les écrits, il est arrivé que les médecins participants aient donné à des patients, une ordonnance à faire exécuter ultérieurement, advenant une détérioration de leur condition. On peut se demander si ce genre de pratique s'établit dans des conditions particulières. Par exemple, dans les cas où les médecins connaissent leurs patients depuis longtemps et que des relations de confiance se sont développées. Le fait de laisser la décision aux parents (aux patients), de faire exécuter ou non l'ordonnance, leur confère une part des responsabilités dans le traitement de l'enfant. Cela peut être interprété comme la délégation aux parents d'une partie du suivi qui, normalement, est effectué par les médecins. Conséquemment, la décision ultime de traiter l'enfant reviendra aux parents. Le fait que cette pratique soit peu répandue chez les médecins interviewés démontre que ceux-ci manifestent une certaine volonté de conserver le contrôle de la prescription autant vis-à-vis des patients que des pharmaciens. Nous pouvons nous demander si ce type de délégation aux patients est courant dans d'autres secteurs de la santé ou dans certaines spécialités médicales.

Nous avons constaté que les médecins n'ont pas soulevé de motifs juridiques ou économiques les incitant à rédiger une ordonnance. Il se pourrait que le principe d'universalité du système de soins canadien, vienne modifier l'effet de ces facteurs sur la pratique de prescription chez certains médecins contrairement à un système où chaque visite médicale est payée directement par le contribuable comme aux États-Unis. Cependant, un des médecins interrogés a dit accommoder parfois les patients en leur donnant des échantillons de médicaments. Ce geste semblait se limiter que chez des patients économiquement défavorisés ou qui ne disposaient pas d'assurances médicales.

Cette pratique « marginale » au sein du groupe des médecins interviewés démontre qu'ils ont une certaine préoccupation face à la situation économique de leurs patients.

Dans les prochaines sections nous tiendrons compte de l'aspect des pharmaciens communautaires à l'égard de cette problématique.

La relation thérapeutique

Le deuxième volet de la présentation des résultats portait sur la relation thérapeutique. En fait, celle-ci décrit le contexte de rencontre entre les parents et les professionnels. Dans le cadre de notre étude, nous avons réalisé que la relation thérapeutique s'articulait autour des savoirs et connaissances des parents, de l'interaction professionnel-patient et finalement des alternatives aux traitements conventionnels. De plus, lorsque nous approfondissons notre analyse, nous réalisons que la relation thérapeutique devient un élément fondamental dans l'explication du phénomène tout comme la dynamique professionnelle entre médecins et pharmaciens. Ces deux éléments nous permettent de passer à un deuxième niveau d'explication du phénomène qui est peu soulevé dans les écrits.

La relation thérapeutique a été longuement décrite par Freidson. Celui-ci l'a décrite comme étant une confrontation entre deux acteurs soit le profane et le professionnel. La source du conflit potentiel réside dans le fait que chacun des acteurs véhicule une culture (système référentiel) différente sur les significations de la maladie et sur les conceptions de la santé. La rencontre entre le profane et le professionnel donne lieu à un rapport de pouvoir où un processus de négociation s'enclenchera pour parvenir à une entente. Massé (1995) soutient qu'il existe dans chaque société, parallèlement aux savoirs dominants fondés sur la science, un savoir populaire.

Plus l'écart entre les classes sociales sera grand entre le professionnel et le profane et plus la distance sera marquée entre eux. En effet, selon Boltanski (1971) la distance sociale peut influencer le « flux » des informations transmises lors de la relation thérapeutique; ce qui procure au médecin une position de force surtout lorsque le patient est issu d'un milieu socio-économiquement inférieur à celui du médecin.

Les représentations que se font les médecins des connaissances des patients agiront aussi sur l'établissement de la relation thérapeutique. Les écrits stipulent (Barden, Dowell, Lackey, 1998; Bauchner et Klein, 1997; Bauchner et al., 1999; Belongia et Schwartz, 1998; Daly et al., 1997; Green, 1997; Nyquist et al., 1998; Palmer et Bauchner, 1997; Schwartz et al., 1997; Wang et al., 1999) que si les parents avaient plus de connaissances au sujet des antibiotiques et des otites ils demanderaient moins d'antibiotiques. Selon McKinlay (1975), les médecins tendent à sous-estimer les connaissances et « expertises profanes » que développent les patients. Ceci est d'autant plus marqué par rapport aux classes sociales ouvrières qu'on leur attribue d'emblée une certaine ignorance.

Finalement, la gestion des incertitudes face aux diagnostics influencera à son tour la relation médecin-patient. Elle contribuera au développement de sentiments d'impuissance, de frustrations et poussera même les médecins à surtraiter (Gerrity et al., 1997). D'ailleurs, Scheff a identifié le phénomène comme une règle de décision médicale selon laquelle en cas de doute, il vaut mieux supposer qu'un patient est peut-être malade plutôt que de le considérer, d'emblée, comme étant en bonne santé. Il vaut mieux, en conséquence, agir que ne rien faire. Selon Freidson (1984), cette règle n'est pas sans conséquences, elle serait en partie responsable d'abus thérapeutiques.

Par ailleurs, nos résultats démontrent quelques discordances entre le discours des parents et des professionnels au sujet des savoirs et croyances des patients. La perspective des médecins à ce sujet suscite divers questionnements. Les médecins ont plusieurs perceptions face aux croyances des parents. Ils semblent présumer que les antibiotiques sont vus comme la solution miracle au problème d'otite. De plus, associée à cette vision, ils stipulent que plusieurs parents ont comme croyance que ceux-ci « diminuent » ou « affaiblissent » le système immunitaire. D'ailleurs les mères ont confirmé cette « croyance ». Elles disent puiser leurs connaissances surtout dans l'entourage immédiat et leur réseau social. Non seulement ces milieux sont propices au partage des informations mais offrent aussi du support aux mères.

Il faut dire que le lieu de l'interaction médecin-mère se fait souvent dans le contexte de l'urgence d'hôpital. Non parce qu'elles souhaitent aller à cet endroit, mais bien parce qu'elles n'ont pas le choix. Dans un contexte où l'enfant est fiévreux et qu'elles doivent consulter dans un court délai, obtenir un rendez-vous à la clinique médicale est quasi

impossible pour elles dans la même journée, elles se tournent donc vers l'urgence. La réalité est que ce contexte de consultation entraîne des conséquences directes sur le travail des médecins et sur les attentes des mères. D'une part, le peu de temps disponible aux médecins lors de la consultation limite certaines de leurs interventions comme évaluer les connaissances chez les mères ainsi que de donner de l'information pertinente. D'autre part, cela ne permet pas aux médecins d'intervenir sur les croyances des mères. En conséquence, leurs connaissances ne sont pas mises à jour et cela risque de garder chez les mères un certain niveau d'ignorance face à la problématique. Par ailleurs, ce contexte répond peu aux attentes des mères.

À cet effet, les mères aiment quand les médecins dispensent de l'enseignement et adoptent une attitude favorisant une période de question. Mais par-dessus tout, elles veulent une solution définitive à ce problème. De plus, les mères aimeraient que les médecins envisagent d'autres solutions que le recours aux antibiotiques. Si les médecins disent avoir de la difficulté avec les diagnostics ambigus, les mères disent éprouver aussi des difficultés à gérer les otites à répétition et les échecs des traitements médicamenteux. À cet égard, les médecins interviewés se voient comme les professionnels responsables de fournir de l'enseignement à leurs patients. Mais malheureusement, ils croient que certains de leurs patients sont incapables de saisir certains concepts médicaux. Cette divergence de perceptions, qui limite le partage des connaissances entre professionnels et profanes, pourrait empêcher les mères d'adopter des mesures préventives et d'être plus actives dans la prise en charge de ce problème. Les mères ont dès lors noté que le lieu de la consultation médicale influençait les échanges et que certains endroits sont nettement plus propices à des rencontres expéditives que d'autres.

Selon le témoignage des mères, différents facteurs les conduisent vers les médecines alternatives pour trouver une solution car elles ont l'impression que la médecine « scientifique » a épuisé ses possibilités et elles ont perdu confiance. Bien que les mères croyaient d'emblée que des antibiotiques seraient nécessaires pour traiter les otites, toutes ont fini, avec le temps et la succession des échecs thérapeutiques, par se retourner vers les médecines douces. Si les mères disent aimer le côté « naturel » des médecines douces, il en est tout autrement pour les médecins. En fait, ceux-ci ont exprimé une opinion défavorable aux produits homéopathiques et une réaction encore plus défavorable pour la chiropractie.

Ils partagent tous un certain degré d'inconfort lorsqu'il s'agit de faire des manipulations au niveau des vertèbres cervicales de l'enfant et certains croient même que cela pourrait représenter un danger imminent.

Deux éléments ressortent lorsque nous abordons la question des perceptions qu'ont les médecins lors de l'interaction avec les mères. À première vue, ils notent une combinaison de fatigue et de découragement chez les parents vivant ce problème. Deuxièmement, ils ressentent que les parents veulent une solution finale. Il est intéressant de noter que d'un côté, les parents s'attendent à recevoir de l'information et que de l'autre côté, les médecins ne mentionnent rien au sujet des parents qui manifesteraient le désir d'en savoir davantage sur les otites et les solutions possibles. Nous savons que les parents veulent d'autres solutions, des solutions qui pourraient mettre fin à ce problème mais nous ne savons si les parents en font réellement part aux médecins.

Quant aux pharmaciens, ils réalisent qu'ils sont une des professions de la santé le plus facilement accessible pour la population en général. Dans le cas des otites à répétition, ils leur arrivent d'être consultés par des mères en quête d'une solution en attendant d'être consultées par les médecins. Les pharmaciens questionnent alors les parents pour évaluer le type d'intervention qu'ils devront faire. Connaissant leurs limites, ils redirigeront les parents chez les médecins si la demande des parents dépasse leur niveau de compétence. Les pharmaciens s'estiment aptes, en partie, à remplir ce rôle. D'autant plus dans le contexte où on présume qu'ils ont plus de notions médicales que les gens qui s'affairent à cette tâche dans les cliniques privées. De leur côté, les médecins sont conscients du « triage » effectué par les pharmaciens et sont réticents devant cette pratique de première ligne. On pourrait supposer qu'ils soient réticents à cette pratique par peur que les pharmaciens manquent de vigilance ou qu'ils tentent de s'attribuer un rôle qui était auparavant exclusif qu'à d'autres professionnels du domaine médical. Nous n'avons qu'à penser aux infirmières qui effectuent le triage des patients (dans les CLSC et centres hospitaliers) dans des institutions organisées (par des médecins) en suivant un protocole précis (rédigé par des médecins). En plus de ne pas contrôler ce que les pharmaciens suggèrent aux malades, les médecins risquent de ne jamais les voir s'ils sont référés chez d'autres professionnels de la santé ou en médecine alternative.

Si l'on se fie à la définition des soins de première ligne selon la Commission Clair (tiré de Contandriopoulos et al. 2002), ce concept renvoie à la hiérarchisation des points de service du système de santé. « Les services de premières lignes sont ceux qui sont offerts par un ou des points de services qui assurent le premier contact entre le malade et le système de santé. » Cette approche vise surtout à coordonner les services de santé. D'une manière assez fréquente, le témoignage des parents et des pharmaciens démontre que, ceux qui désirent une réponse immédiate et rapide aux questions relatives à la santé se tourneront, entre autre, vers les pharmaciens. Il semble évident que les pharmaciens occupent une place de choix en tant qu'intervenant de première ligne. Ils jouent un rôle à titre d'agents d'information et d'éducation en santé. À cet égard, il est donc surprenant de constater que des professionnels de la santé comme les médecins démontrent de la réticence face au service offert par les pharmaciens car les pharmaciens sont reconnus comme étant des agents de première ligne au même titre que les infirmières d'info-santé. De plus, pour favoriser l'intégration de cette approche, Contandriopoulos et al. (2002) soutiennent qu'il faudra entre autre implanter des mécanismes informatisés d'échanges d'information.

À la lumière des résultats et des concepts vus précédemment, plusieurs facteurs mentionnés dans la relation thérapeutique de la recension des écrits prennent un nouveau sens dans l'interprétation de cette problématique. Premièrement notre étude fait ressortir des désaccords entre le discours des parents et des médecins. Il semble que nous faisons face à une discordance entre les perceptions qu'ont les médecins des attentes des parents et les attentes réelles des parents. À cela s'ajoute une sous-estimation des connaissances des parents. Cette évaluation « erronée » de la part des médecins soulève quelques questions. Premièrement, dans un contexte de système de soins où les ressources et le temps sont limités, on peut se demander sur quoi se fonde leur évaluation du niveau de connaissances de leurs patients. Comme le mentionne Helman (1990), les professionnels de la santé basent leur raisonnement sur des connaissances scientifiques et rationnelles. Finalement, ils ne considèrent comme valable que ce qui est rationnel scientifiquement. Il a été mentionné à maintes reprises par les mères qu'elles désiraient approfondir leurs connaissances. Il se pourrait que ce manque d'harmonie entre les attentes des mères et ce que les médecins sont prêts à donner soit lié à la notion de partage d'information. Il semble en effet que les médecins sont réfractaires à l'idée de transmettre de l'information au patient pour arriver à

une décision partagée concernant le traitement optimal. Le manque de temps est invoqué par les médecins comme principale cause des échanges restreints à cet égard. Il va sans dire que la restriction d'information a des répercussions pour les parents. Si, d'emblée, les médecins sous-estiment les capacités de compréhension des parents, restreindre l'information au moment de la consultation ne fera qu'entretenir ce cercle vicieux. Cette barrière à la communication tend à garder le patient dans l'ignorance et cela peut constituer un moyen de contrôler la relation thérapeutique à l'avantage du médecin. Nous ne savons cependant pas comment se forment les croyances des parents concernant les effets des antibiotiques sur le système immunitaire ni à quel moment en terme d'expérience de maladie et de fréquentation du système de santé. Plus de détails à ce sujet nous aurait permis de mieux comprendre le cheminement qui les pousse vers la consultation et l'utilisation des médecines douces.

Cet écart entre ce qu'offrent les médecins et ce que veulent les mères pourrait nous laisser croire que les médecins souhaitent contrôler plusieurs aspects de ce problème ou du moins, qu'ils ne sont pas prêts à laisser la famille prendre en charge certains éléments entourant la maladie. Pourtant si on laisse plus de place aux patients en recourant à des stratégies comme celle des « *back-up prescription* », (Couchman et al., 2000) on augmente la satisfaction des patients et on augmente le niveau de connaissances tout en diminuant le recours aux antibiotiques. On peut penser que les médecins sont réticents à cette pratique car ils la perçoivent comme la délégation d'une partie de leurs responsabilités aux parents dans un contexte où ce simple bout de papier symbolise un acte professionnel et met en cause leur responsabilité. Un tel état de fait tient également sans doute au fait que les parents hésitent à exprimer leur désir d'obtenir plus d'information médicale. Cette hésitation est-elle fonction du milieu socio-économique? Malgré que cela n'était pas dans nos objectifs, il aurait été pertinent de savoir à quel niveau social s'apparentaient les mères ayant participé à l'étude pour comprendre si cela avait des répercussions sur la relation thérapeutique comme l'a soulevé Boltanski (1971).

S'ajoute à ce problème celui de l'incertitude reliée à l'ambiguïté du diagnostic. Nous réalisons que le discours des médecins participant à l'étude s'inscrit tout à fait dans la tendance édictée par la notion de « règle de la décision médicale » (Scheff). Pourtant, malgré tous leurs efforts pour « agir », la relation thérapeutique entre parents et médecins

tendra à s'effriter à la longue car les médecins épuisent les solutions à leur disposition.

On peut penser que les mères se tournent vers les médecines douces pour chercher un espoir de guérison et des explications au sujet de cette problématique qui à la longue vient hanter leur quotidien. Il est possible que les mères aient adopté un discours favorable aux médecines douces étant donné leur côté « naturel » qui confère à ces pratiques un aspect « inoffensif ». Il se pourrait que les pratiques alternatives qui, soi-disant ne sont pas gratuites, offrent plus de temps de consultation à leurs patients comparativement à la médecine officielle. Dans la recension des écrits, peu d'articles parlent du recours des parents aux médecines douces dans cette optique. Il n'est pas surprenant de constater cela car, comme l'explique Massé, la culture scientifique se caractérise notamment par la notion de rationalité, élément sur lequel misent les médecins pour porter des jugements envers ce type de médecine. Le recours à d'autres solutions fait que les mères sont confrontées à deux types de « médecines », l'une officielle et l'autre alternative. Quoique débordant des objectifs de ce mémoire, il aurait été intéressant que les médecins abordent le sujet des médecines douces. À la lumière du récit des mères, on réalise qu'il y a beaucoup d'ambivalence face à la recherche d'une solution. Nous ne savons pas si cette ambivalence a des effets sur leurs attentes et leurs demandes face au médecin. D'une part elles croient que seuls les antibiotiques peuvent agir sur les otites. D'autre part, quand elles réalisent que ceux-ci n'ont plus d'effets bénéfiques sur l'enfant elles se retournent vers les médecines douces. On pourrait aussi penser que les individus prodiguant des médecines douces véhiculent des messages qui pourraient aller à l'encontre de la médecine orthodoxe. Bien que cela aurait été pertinent à étudier, cela ne s'inscrivait pas nos objectifs.

Il n'est pas surprenant de voir que les médecins ne réfèrent pas les patients aux médecines douces. Il est possible qu'ils aient peur de perdre ces patients. Helman (1990) cite que les médecins croient que tout geste thérapeutique doit être fondé sur des hypothèses testées et vérifiées dans des conditions empiriques et contrôlées. Cela va en lien avec ce que les médecins ont mentionné au cours des entretiens à ce sujet, on pourrait présumer qu'ils portent un jugement de valeur et manifestent un manque de confiance à l'égard d'autres pratiques professionnelles qui ne sont pas nécessairement reproductibles scientifiquement et donc non reconnues par le corps médical. De plus, la réticence des médecins à l'égard du rôle de « triage » qu'exercent les pharmaciens peut évoquer une peur reliée à la perte des

patients ou même, à la perte d'un certain statut professionnel entretenu par la conviction d'être les seuls capables de gérer des problèmes de santé.

La dynamique professionnelle

Plusieurs dimensions entrent en ligne de compte dans la relation médecin-pharmacien. Maintes études soulèvent des aspects qui freinent l'expansion du rôle des pharmaciens dans la collaboration avec les médecins. La piètre qualité des communications entre les deux professionnels limiterait les interventions des pharmaciens auprès des médecins (Ranelli et Biss, 2000). Cela influencerait leurs capacités à faire des recommandations qui modifieront les pratiques de prescription des médecins. Également, les attentes et perceptions des médecins face au rôle des pharmaciens varient en fonction des actes qu'ils effectuent ou de ceux qu'ils anticipent effectuer. La relation entre médecins et pharmaciens est fondée sur une notion de vérification de l'ordonnance qui peut même susciter une remise en question des compétences des médecins en matière de pharmacothérapie (Bailie et Romeo, 1996 cité dans Smith et al., 2002). Également, les médecins font une distinction entre les pharmaciens communautaires et les pharmaciens d'hôpitaux (Smith et al., 2002). De plus, les médecins s'opposent à certains rôles surtout ceux qui augmentent l'autonomie du pharmacien notamment celui du « triage » (Bailie et Romeo, 1996; Bradshaw et Doucette, 1998; Ranelli et Biss, 2000). Pourtant, nombre d'études supportent l'idée qu'il y a une place pour les pharmaciens dans la promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments (Lampasona, Ebert et Mullenix, 1998; Llett et al., 2000; Pflomm, 2002; Talley, 1997). Cependant, les difficultés de collaboration entre médecins et pharmaciens ne se limitent pas qu'à des facteurs liés à la pratique quotidienne. La notion du contrôle des compétences et de connaissances de chacune de ces professions entrent en jeu dans cette problématique. Le concept de professionnalisation est vu comme un processus de fermeture sociale et légale restreignant l'exercice de certaines fonctions à un nombre restreint de personnes (Saks, 1983). Dans le champ de la santé, le corps médical est un groupe privilégié car il demeure le seul à être autonome tout en conservant un droit de regard sur le travail des autres (Dussault, 1988). Le travail sanitaire est doté d'une structure verticale où les autres professions de la santé sont légalement subordonnées à la médecine par le mécanisme de la prescription. C'est ce que Freidson appelle la dominance professionnelle. Ces groupes subordonnés chercheront à négocier leur rapport avec le corps

médical (Parkin, 1979). C'est là que la délimitation des savoirs propres à chaque profession prendra tout son sens. En fait, les savoirs abstraits semblent être la pierre angulaire dans la définition du contrôle exercé par une profession (Abbott, 1988). Les savoirs abstraits permettent de définir les territoires professionnels entre chaque profession. Cependant, même si les professions sont soumises à leurs juridictions de pratique, des groupes de professions sont continuellement en lutte pour favoriser leur propre développement et expansion. Ray (1998) suggère que si les professionnels de la santé mettaient en pratique l'approche interdisciplinaire, les pharmaciens seraient plus en mesure de faire accepter les rôles qu'ils revendiquent auprès des médecins. Cette approche renforcerait le sentiment de confiance et augmenterait la compréhension entre les médecins et les pharmaciens.

Suite aux propos recueillis, les médecins ont dit entretenir de bons rapports avec les pharmaciens. Les contacts se font plus facilement de part et d'autre lorsque les deux se connaissent et travaillent à proximité. Bien que les pharmaciens aient dit aussi entretenir de bons contacts, tous ont déjà vécu des situations où nombre de médecins ont manifesté une certaine forme d'opposition. Les pharmaciens ont parfois l'impression de déranger et certains médecins ne sont pas du tout réceptifs à leurs appels. Les pharmaciens doivent donc recourir à leurs stratégies de négociations pour parvenir à une entente avec les médecins.

Ce que nous avons remarqué par contre, c'est que la finalité des rapports entre médecins et pharmaciens est différente. Les médecins contactent les pharmaciens pour obtenir de l'information à deux niveaux. Premièrement pour obtenir de l'information sur les thérapies médicamenteuses et deuxièmement, pour obtenir de l'information sur le dossier pharmacologique du patient. Quant aux pharmaciens, ils doivent analyser l'ordonnance et parfois communiquer avec les médecins pour ajuster le traitement. Leur intervention peut même les pousser à remettre en question l'ordonnance des médecins.

Lorsque les médecins ont défini leur vision du rôle des pharmaciens ils ont fait référence à des termes tels vérification et distribution. Par contre, les médecins ont eu tendance à associer aux pharmaciens d'hôpitaux une certaine expertise qui leur serait propre (en comparaison avec les pharmaciens communautaires). Visiblement, les médecins tiennent un discours assez limitatif à l'endroit du rôle des pharmaciens ainsi qu'à l'expansion de ce

rôle. De leur côté, les pharmaciens espèrent que l'on tiendra compte de leur expertise en tant que conseillers sur les thérapies médicamenteuses. Les pharmaciens ont expliqué qu'une partie de la problématique de surprescription des antibiotiques pourrait s'améliorer si médecins et pharmaciens pouvaient s'échanger plus librement des informations au sujet des patients. Ils jugent essentiel d'avoir des informations de base telles que le poids de l'enfant et le diagnostic médical. Cela est en effet crucial au niveau de la pratique pédiatrique car les doses se calculent en fonction du diagnostic et du poids. Également, cela éviterait de demander aux parents ces informations. D'autant plus que les pharmaciens se demandent jusqu'à quel point les parents sont fiables pour ce type d'information. Détenir ces informations éviterait aux pharmaciens de contacter inutilement les médecins. Les médecins se défendent en affirmant qu'ils n'ont jamais appris à inscrire ces informations sur l'ordonnance, un geste si simple pour eux mais combien bénéfique pour le pharmacien. Ils rétorquent en imputant aux pharmaciens la tâche de demander ces informations aux patients. Tandis que les pharmaciens ont spontanément discuté des côtés positifs de la carte à puce comme solution au manque de circulation de l'information, les médecins n'ont rien mentionné à cet égard.

En examinant la dynamique professionnelle, notre étude a permis de mettre au jour une perspective peu discutée dans les écrits portant sur la problématique de surprescription des antibiotiques. Il est important de souligner à cet égard un problème similaire se posant chez les parents et les pharmaciens. Tous deux sont, en quelque sorte, « victimes » de rétention d'information de la part des médecins. Les parents pourraient obtenir plus d'information des pharmaciens si les médecins en écrivaient davantage sur l'ordonnance, mais tel n'est pas le cas. Il nous semble que les médecins brisent la chaîne d'information en invoquant plusieurs motifs pour se justifier. La gestion d'information place les médecins dans une position d'avantage stratégique entre les demandes des patients et les demandes des pharmaciens. Dans cette optique, ils gardent tout le pouvoir dans l'identification des problèmes de santé et de ses traitements. En conséquence, on serait donc tenté de croire que les médecins limitent le partage d'informations avec leurs patients et les pharmaciens pour ne pas avoir à subir de confrontations ou de remises en questions de leur jugement clinique. Non seulement les médecins retiennent l'information pour garder leur autonomie dans la prescription, mais cette stratégie professionnelle leur permet de conserver le statut de dominant sur les autres professionnels de la santé qui, de toute manière, leur sont

subordonnés par le mécanisme de la prescription. Tant et aussi longtemps qu'ils s'attribueront la gestion des informations médicales, ils entretiendront un cycle où ils travailleront seuls sans la contribution des autres disciplines. Les propos sur le manque de collaboration, l'hésitation et les réticences mentionnées par les médecins et pharmaciens sont représentatifs d'un problème qui va bien au-delà de la gestion du temps. Ce malaise prend racine dans la dynamique des professions, c'est-à-dire dans la reconnaissance des savoirs et de l'applicabilité des expertises de chacun. Visiblement, restreindre de l'information aux pharmaciens semble démontrer que les médecins protègent leur territoire professionnel et ne permettent pas la pleine expansion du rôle des pharmaciens. Nous l'avons constaté avec les dires des pharmaciens, ceux-ci veulent une reconnaissance au-delà de leur rôle de distributeur, mais de personnes ressources spécialisées dans le domaine thérapeutique et ce pour favoriser le bien-être du patient.

Si l'on revient à la définition des savoirs gérés par une profession, on pourrait être tenté de croire que le rôle des médecins se limiterait à l'investigation clinique et au diagnostic tandis que celui des pharmaciens serait de déterminer un traitement adéquat. Mais connaissant la valeur symbolique et la dimension juridique que représente l'ordonnance, il est compréhensible que les médecins ne soient pas toujours réceptifs aux interrogations et interventions des pharmaciens surtout lorsqu'il est question de remise en question de l'ordonnance même. Voyant que la communication est brève entre ces deux professionnels, souvent effectuée entre deux patients, il peut être difficile pour les pharmaciens d'initier un contact en ce sens.

La restriction d'information entraîne des conséquences non seulement chez les pharmaciens mais aussi chez les patients. Cette stratégie ne fera qu'entretenir une certaine ignorance des patients sur leur état de santé. Or, laisser les patients dans une certaine « ignorance » pourrait probablement limiter leurs désirs de se prendre en main et de développer des comportements sains pour leur santé telles certaines mesures préventives. Autrement dit, il est difficile d'agir sur un problème dont on connaît peu les causes et le déroulement. De plus, limiter les informations pertinentes aux patients pourrait les priver d'aller consulter d'autres professionnels de la santé qui seraient probablement plus aptes que les médecins dans la gestion de certaines pathologies.

En plus de confirmer certains déterminants à la prescription rapportés dans les écrits, notre étude a permis de contribuer à cette problématique en apportant de nouvelles explications qui vont au-delà des rapports concrets entre médecins et pharmaciens.

Le premier niveau d'explication de cette problématique est sans doute celui des déterminants contextuels. Le discours de nos participants a fait ressortir divers éléments qui agissent à titre de déterminants tels que l'organisation du travail, l'accès aux médecins et l'ambiguïté du diagnostic. Certains de ces déterminants ajoutent à la situation de surprescription, comme la difficulté d'accéder à un médecin. Si l'accès demeure une composante majeure de cette problématique, le manque de suivi qui en résulte détériore la situation. Justement dans ces cas-là, la pratique médicale qui en découle, teintée des retours incessants des parents et enfants, prend le dessus sur les dimensions cliniques.

Une deuxième dimension d'explication se situe au niveau de la relation thérapeutique et de la dynamique professionnelle. En plus de la stratégie de restriction d'informations, nous croyons que la relation thérapeutique entre les médecins et les mères est modulée par l'expérience des mères et par l'expertise profane qu'elles développent avec le temps suite aux épisodes fréquents. Cette expertise profane pousserait les mères à négocier davantage avec les médecins, voire même à les confronter, ce qui teinterait la décision des médecins de prescrire. Dans ce contexte, les médecins pourraient être plus sensibles à la pression de la demande des parents. Le fait de ne pas connaître les caractéristiques socio-économiques des parents limite l'interprétation de certaines données dans le sens où on ne sait pas à quel niveau ces variables agissent. Par exemple, on peut se demander si certaines caractéristiques telles le revenu familial et le niveau de scolarité dirigent les parents vers des types de médecines en particulier. Nous croyons également que ces mêmes variables peuvent agir sur la relation thérapeutique. Il serait pertinent de se pencher sur l'effet de ces caractéristiques lors d'études ultérieures.

Quant à la dynamique professionnelle, telle qu'exprimée par les médecins et pharmaciens, on pourrait être tenté de croire que le problème se limite au partage d'information sur le patient. Les médecins sont réticents à donner ou transmettre de l'information aux pharmaciens, invoquant le fait qu'ils n'ont pas appris à fonctionner de cette façon. L'enjeu va au-delà des pratiques apprises dans les institutions universitaires. Toutefois, on peut penser que les médecins, conscients que les pharmaciens peuvent jouer un rôle plus actif

dans les thérapies médicamenteuses, restreignent le partage d'information, voire même se l'approprient, pour protéger leur territoire professionnel. Le simple fait de vouloir transmettre de l'information aux pharmaciens peut être vu comme une possibilité éventuelle des médecins à reconnaître l'expertise des pharmaciens. Par le fait même, les médecins devront accepter les interventions des pharmaciens à l'endroit de l'usage judicieux des choix thérapeutiques pour les patients. Peut-être qu'en disposant d'un pouvoir accru, les pharmaciens pourraient obtenir de meilleurs privilèges sur le plan social et professionnel. Malgré qu'une meilleure reconnaissance professionnelle serait sans doute avantageuse pour les pharmaciens, cela risquerait d'entretenir et surtout d'augmenter le rapport de dépendance qu'ont les médecins envers les pharmaciens via le médicament. Il se pourrait que les médecins n'aiment pas ce rapport de dépendance envers les pharmaciens mais comme Ray (1998) le cite, aucune discipline ne peut se suffire à elle-même.

De plus, nous savons que le mécanisme de la prescription est un acte exclusif aux médecins donc si les pharmaciens possèdent plus de pouvoir dans les décisions cliniques des médecins, cela risquerait d'entraîner plus d'ambiguïtés au niveau des frontières professionnelles, voire même un chevauchement qui serait comme un empiètement du territoire des pharmaciens sur celui des médecins. Et si les limites juridiques et professionnelles entre médecins et pharmaciens deviennent imprécises, cela pourrait provoquer une redéfinition des champs de pratique afin de permettre à chacun de jouer leurs rôles dans la dispensation des services de santé pour le bien-être des patients.

Pour terminer, notre étude a permis de fournir d'autres explications au sujet du phénomène de surprescription d'antibiotiques en utilisant un devis de recherche de type qualitatif. Ainsi, nous avons pu examiner en profondeur l'ensemble des relations entre médecins, pharmaciens et parents à l'égard de cette problématique. Comme la taille de l'échantillon est restreinte, (quoique similaire à celle d'autres études qualitatives) nous ne pouvons généraliser les résultats de cette étude à d'autres populations et à d'autres contextes. Une autre limite de l'étude provient de la sélection des participants. Étant donné que la participation des sujets était volontaire, on peut s'attendre à ce que les médecins et pharmaciens qui acceptent de participer démontrent des caractéristiques différentes de ceux ne désirant pas participer à ce genre d'étude. Par exemple, on peut se demander en quoi les pratiques de prescriptions des médecins ne désirant pas se prêter à ce genre d'étude sont

différentes de ceux qui y participent. Le fait d'avoir sélectionné des médecins travaillant en clinique privée limite l'extrapolation de nos résultats à d'autres contextes comme la pratique médicale en CLSC et en centres hospitaliers. De plus, nous avons volontairement choisi des médecins sans affiliation universitaire, si bien que l'on peut penser que leur attitude de fermeture face aux pharmaciens, si elle présente chez des médecins en médecine privée, n'est pas forcément celle de tous les médecins. Il est possible que ceux qui pratiquent dans d'autres contextes et qui sont plus jeunes seraient plus ouverts face aux rôles revendiqués par les pharmaciens. On ne peut donc prétendre que les propos exprimés par les médecins de notre étude soient représentatifs de tous les autres médecins. Également, la petite taille de nos trois groupes d'acteurs ne nous a pas permis de sélectionner les sujets en fonction de variables socio-économiques et démographiques contrastées si bien qu'il nous était impossible de cerner l'influence de ces variables sur la prescription et la dynamique professionnelle. D'ailleurs, il serait essentiel d'examiner l'impact de ces variables dans le cadre d'études futures. Finalement, le fait d'avoir évoqué des questions concernant l'industrie pharmaceutique (grilles d'entretien des médecins et des pharmaciens) peut avoir sur-représenté l'impact de celle-ci dans la problématique de surprescription des antibiotiques.

Conclusion

L'otite moyenne aiguë représente l'une des infections les plus courantes chez les enfants de moins de cinq ans. En plus d'entraîner de nombreux coûts pour les systèmes de santé elle implique un nombre exorbitant d'ordonnances d'antibiotiques chez cette clientèle. Certains enjeux liés à cette infection tels les difficultés à effectuer un diagnostic bactérien et les dilemmes thérapeutiques favorisent l'utilisation inadéquate des antibiotiques. La surprescription qui en résulte, soulève un autre débat, celui de la résistance à ces médicaments. Une guérison incomplète peut mener à plusieurs complications chez l'enfant, de la perte d'ouïe qui entraînera probablement des difficultés d'apprentissage, aux cas de surinfection telle une méningite.

L'objectif principal de cette étude était d'approfondir la compréhension du phénomène de surprescription des antibiotiques chez des enfants de moins de cinq ans, en partant du point de vue des médecins omnipraticiens, des pharmaciens communautaires et des parents. De plus, nous voulions explorer la dynamique relationnelle entre ces trois groupes en rapport avec cette problématique.

Pour arriver à réaliser nos objectifs d'étude nous avons eu recours à des entretiens semi-directifs d'une durée de 40 à 60 minutes auprès d'un échantillon de douze participants, c'est-à-dire quatre membres dans chaque groupe.

En effectuant l'analyse des récits, nous avons noté l'émergence de facteurs explicatifs regroupés selon trois catégories d'analyse : les déterminants contextuels de la prescription, la relation thérapeutique et finalement, la dynamique professionnelle.

En plus de confirmer certains facteurs agissant à titre de déterminants à la prescription, notre étude a permis de mettre à jour d'autres explications. Manifestement, l'ambiguïté des diagnostics est une réalité présente dans la pratique clinique des médecins. Dans certains cas, cette difficulté incitera parfois les médecins à prescrire. Ce motif s'avère donc être un premier niveau d'explication du phénomène de surprescription. Également, les contraintes organisationnelles soulevées par les médecins et les pharmaciens rajoutent au phénomène de surprescription dans le sens où le manque de temps et la désorganisation du système de soins ne favorisent pas le suivi des patients. De plus, le peu de temps disponible à la

consultation ne permet pas aux médecins d'évaluer les connaissances des parents. Cette situation ne fait qu'aggraver la perception des médecins sur les connaissances de leurs patients. En effet, les médecins sont portés à croire que les patients ne sont pas très informés. Conséquemment, les médecins ne pourront agir sur les connaissances des patients. Quant aux pharmaciens, ils constatent que les médecins prescrivent des antibiotiques à large spectre. À cet égard, ils suggèrent une utilisation plus rationnelle en encourageant le recours aux antibiotiques à spectre étroit. La représentation pharmaceutique exerce aussi une influence, peut-être plus subtile, sur la prescription à travers les échantillons donnés ou en faisant la promotion de certains antibiotiques. Les obstacles freinant l'organisation des soins représentent le deuxième niveau d'explication de la surprescription.

La relation thérapeutique, qui constitue le deuxième axe d'analyse des données, est influencée par les savoirs et connaissances des parents, l'interaction professionnel-parent et les thérapies alternatives aux antibiotiques. En consultant les médecins, les parents s'attendent à recevoir de l'information ainsi que de trouver la solution définitive. Un des aspects intéressants de notre étude et dont nous n'avions pas trouvé trace dans les écrits, révèle que les parents décideront à un moment donné de consulter des médecines alternatives. Voyant que la consommation excessive d'antibiotiques ne modifie en rien la situation, sinon que d'aggraver leurs craintes face aux effets des antibiotiques, les parents perdent espoir et surtout confiance dans la médecine traditionnelle et se tournent vers des pratiques alternatives qui suscitent beaucoup de controverses chez les médecins. De plus, notre étude a révélé une distorsion dans les perceptions des médecins face aux connaissances des parents. Cette distorsion pourrait gouverner certains de leurs actes, comme prodiguer moins d'enseignement justifié sur la base que les parents, de toute façon, ne saisiront pas certains concepts médicaux. La relation thérapeutique n'est pas exclusivement celle entre le médecin et son patient mais se prolonge aussi avec les pharmaciens. Les mères sont satisfaites face à la disponibilité des pharmaciens communautaires. Grande source de connaissances en matière de médicaments, ils peuvent aussi aider les mères à prendre une décision éclairée face à un problème de santé quelconque. Les médecins conscients de cette accessibilité manifestent une réticence face au rôle de triage effectué par les pharmaciens. Cette constatation nous a menés à explorer

plus profondément la dynamique des professions pour expliquer certaines tendances dans les propos des médecins et pharmaciens.

En examinant la dynamique professionnelle entre médecins et pharmaciens, nous avons découvert qu'ils entretiennent en général de bons rapports. La finalité de leurs rapports est cependant divergente selon qu'elle est vue par les médecins et par les pharmaciens. Les médecins contactent les pharmaciens pour obtenir de l'information sur le dossier patient ou sur les médicaments en général. En contraste, les pharmaciens communiquent avec les médecins parfois pour avoir le diagnostic et le poids de l'enfant mais communiquent plus fréquemment pour vérifier et valider les informations présentes sur l'ordonnance. Il arrive que les pharmaciens doivent utiliser des stratégies de négociation pour arriver à une entente avec le médecin. Parfois ceux-ci se montrent plus ou moins intéressés par leur appel et certains médecins vont jusqu'à interdire les communications avec les pharmaciens. Tandis que les médecins peuvent percevoir cela comme une intrusion dans leur démarche clinique, cette collaboration permettrait aux pharmaciens d'élargir leur rôle au-delà de la distribution et de la vérification à la consultation.

La contribution principale de cette recherche révèle qu'au-delà des difficultés de la pratique clinique et des contraintes organisationnelles se retrouve un enjeu majeur autour de la question du partage des informations entre médecins et pharmaciens. Leurs difficultés à collaborer ne se limitent pas qu'à des obstacles liés à la communication. Visiblement, le débat s'articule autour des notions de savoirs rattachés aux professions et à l'applicabilité de leurs expertises. S'ajoute à cela la croyance probable qu'ont les médecins à l'endroit du rôle limité des pharmaciens communautaires. Malgré toute leur bonne volonté, il s'ensuit que les pharmaciens ne peuvent accroître leur rôle auprès des médecins car ceux-ci, d'une façon involontaire, ont recours à une stratégie de rétention d'information. Étant donné que les médecins sont réticents à la délégation et au partage d'informations, nous pouvons supposer qu'ils sont persuadés d'être les acteurs centraux dans la gestion des problèmes de santé. En conséquence, l'intervention des autres professionnels de la santé sera toujours limitée et subordonnée aux médecins.

Bien que nos résultats ne soient pas généralisables dans d'autres contextes, ils permettent certainement d'avoir une vision nouvelle de cette problématique en confrontant le discours des trois partis. À première vue, l'otite moyenne aiguë est une pathologie simple qui

devient complexe par la suite. Le conflit qui se déroule au sein de la dynamique entre médecins et pharmaciens est caractérisé par un rapport de pouvoir entre ces deux professionnels. On présume que la pratique clinique qui en découle limite l'expansion du rôle des pharmaciens et, par le fait même, peut limiter l'initiative des patients dans la prise en charge de leur santé.

Suite à notre étude, nous espérons que les résultats seront utiles à d'autres chercheurs désirant conduire des études similaires à plus grandes échelles. Il est clair que certaines mesures devraient être prises pour améliorer la communication entre patients et professionnels de la santé. Il serait intéressant, dans le cadre d'études ultérieures, de cerner l'effet de différentes variables (démographiques, économiques, différents contextes de pratique médicale etc.) sur l'établissement de la relation thérapeutique et de la dynamique professionnelle entre médecins et pharmaciens.

De plus, il serait nécessaire que médecins et pharmaciens prennent part à un débat entourant, entre autre, la question du partage d'information (*focus group*) pour discuter des solutions possibles en vue de favoriser la collaboration entre ces deux professionnels de la santé.

Bibliographie

Abbott A, (1988) The systems of Professions : An Essay on the division of Expert Labor pp. 435

Alsarraf R, Jung C, Perkins J, Crowley C, Alsarraf N, Gates G, (1999) Measuring the indirect and direct costs of acute otitis media. Archives otolaryngology head neck surgery Vol.125 jan. p.12-18

Avorn J, Solomon D.H, (2000) Cultural and Economic Factors that (Mis)Shape antibiotic Use : The Nonpharmacologic Basis of Therapeutics Annals of Internal Medicine Vol. 133 no. 2 p. 128-135

Barden L, Dowell S, Lackey C, (1998) Current attitudes regarding use of antimicrobial agents: results from physician's and parents focus group discussion. Clinical pediatrics november p.665-671

Bauchner H, Klein J, (1997) Parental issues in selection of antimicrobail agents for infants and children. Clinical Pediatrics April p.201-205

Bauchner H, Pelton S, Klein J, (1999) Parents, Physicians, and antibiotic use. Pediatrics Vol.103 no.2 p.395-401

Belongia E, Schwartz B, (1998) Strategies for promoting judicious use of antibiotics by doctors and patients British Medical Journal Vol.317 sept.5

Block S, Harrrison C, Hedrick J, Tyler R, Smith A, Keegan E, Chartrand A, (1995) Penicillin-resistant streptococcus pneumoniae in acute otitis media: risks factors, susceptibility patterns and antimicrobial management. Pediatric Infectious Disease Journal Vol. 14 no.9 p.751-759

Blumhagen D.W, (1980) "Hypertension: A folk Illness with a Medical Name", Culture, Medicine and Psychiatry, 4: 197-227

Boccazzi A, Careddu P, (1997) Acute otitis media in pediatrics: are there rational issues for empiric therapy? Pediatric Infectious Disease Journal Vol.16 no.3 p.S65-S69

Boltanski L, (1971) Les usages sociaux du corps. Annales (26) 1 (205-233)

- Bousquet J, (1998) En Ontario, une campagne de sensibilisation aboutit à une meilleure utilisation des antibiotiques. L'actualité pharmaceutique. Octobre, <http://www.bizlink.com/Content/pharmacy/lacpharm/1998/10-98/lcp10983.html>
- Bradshaw S.J, Doucette W.R, (1998) Community pharmacists as patient advocates: physicians attitudes. Journal American Pharmaceutical Association 38: 598-602
- Byrns P, Bondy J, Glazner J.E, Berman S, (1997) Utilization of services for otitis media by children enrolled in Medicaid Archives pediatrics adolescent medicine Vol.151 april p.407-413
- Carthy P, Harvey I, Brawn R, Watkins C, (2000) A study of factors associated with cost and variation in prescribing among GPs Family practice 17, pp. 36-41
- Chevalier R, Mayer C, Villeneuve D, (199?) Le petit livre de soins pharmaceutiques : Un cachet de confiance pp.76 imprimé au Canada
- Clements D.A, Langdon L, Bland C, Walter E, (1995) Influenza A vaccine decreases the incidence of Otitis Media in 6-to 30-month-old Children in day care, Archives pediatrics and adolescent medicine 149, oct p.1113-1117
- Collin J, Damestoy N, Lalande R, (1999) La construction d'une rationalité: les médecins face à la prescription de psychotropes aux personnes âgées. Sciences Sociales et Santé Vol. 17, no.2 juin 1999 p. 31-52
- Contandriopoulos A-P, Denis J-L et al. (2002) Les soins de service de première ligne dans un système de santé public. Rapport préparé et soumis à la CSN. Montréal, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé et Département d'administration de la santé; Université de Montréal : 40
- Couchman G.R, Rascoe T.G, Forjuoh S.N, (2000) Back-up antibiotic prescriptions for common respiratory symptoms The journal of family practice Oct. Vol. 49 No. 10 pp.907-913
- Cowen D.L, (1992) Changing relationship between pharmacists and physicians American Journal Hospital Pharmacy Vol. 49 pp. 2715-2721
- Creswell J.W, (1998) Qualitative Inquiring and Research Design : choosing among five traditions. Thousand oaks : Sage
- Culpepper L, Froom J, (1997) Routine antimicrobial treatment of acute otitis media: is it necessary? Journal American Medical Association nov.26 Vol.278 no.20 p.1643-1645

Cummings M, (1996) Researchers work to enhance pharmacist-physician relations.

Pharmacy practice . December,

http://www.bizlink.com/Content/pharmacy/phpractice/1996/12-96/f13_features.html

Daly K.A, (1991) Epidemiology of otitis media, ORL Clinics of North America 24 (4) 775-783

Daly K.A, Selvius R.E, Lindgren B, (1997) Knowledge and attitudes about otitis media risk: implications for prevention. Pediatrics vol.100 no.6 dec.p.931-935

Dana J, Loewenstein G, (2003) A Social Science Perspective on Gifts to Physicians From Industry Journal of the American Medical Association Jul 9, Vol. 290 no.2 pp 252-255

Datta L.E, (1997) Multimethod evaluations. Using case studies together with other methods. In Chelimsky, E., & Shadish, W.R (eds). Evaluation for the 21st century. A handbook (pp.344-359) Thousand Oaks : Sage

der Geest S, Whyte S.R, Hardon A, (1996) The Anthropology of Pharmaceuticals : A Biographical Approach Ann. Rev. Anthropol Vol. 25. pp. 153-178

Deslauriers J-P, (1991) Recherche Qualitative: un guide pratique, McGraw-Hill pp.142

Driver D, (1998) Pharmacists and doctors : sending patients the right message.

Pharmacy practice . June,

<http://www.bizlink.com/Content/pharmacy/phpractice/1998/06-98/php069802b.html>

Duchin J, Breiman R, Diamond A, Lipman H, Block S, Hedrick J, Finger R, Elliot J, (1995) High prevalence of multidrug-resistant streptococcus pneumoniae among children in a rural Kentucky community. Pediatric Infectious Disease Journal Vol.14 no.9 p.745-750

Duclos P, (1998) L'OPQ réclame une meilleure place pour le pharmacien dans le réseau de la santé. L'actualité pharmaceutique . Mai,

<http://www.bizlink.com/Content/pharmacy/lacpharm/1998/05-98/lcp059804.html>

Dussault G, (1988) La régulation des professions sanitaires; l'expérience du Québec. Sociologie et sociétés, Vol. xx no.2 octobre p. 125-139

Erickson F, (1986) Qualitative methods in research on teaching. In: Wittrock Mc, ed. Handbook of research on teaching. New York: Macmillan, 119-161.

Ferro L.A, Marcrom R.E, Garrelts L, Bennett M.S, Boyd E.E, Eddinger L, Shafer R.D, Fields M.L, (1998) Collaboration practice agreements between pharmacists and

physicians Journal of the American Pharmaceutical Association Vol. 38 No.6 pp. 655-666

Freidson E, (1984) *La profession médicale*, Paris, Payot pp.369

Froom J, Culpepper L, Grob P, Bartelds A, Bowers P, Bridges-Webb C, Grava-Gubins I, Green L, Lion J, Somaini B, Stroobant A, West R, Yodfat Y, (1990) Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media: report from International Primary Care Network British Medical Journal march 3, Vol. 300, p.582-586

Gabe J, Bury M, Elston MA (2004) *Key Concepts in Medical Sociology* SAGE Publications pp. 256

Gerrity M.S, Earp J-A L, DeVellis R, (1997) Uncertainty and Professional Work: Perceptions of Physicians in Clinical Practice American Journal of Sociology vol 97 no. 4 p.1022-1051

Green M, (1997) Editorial: Appropriate principles in the use of antibiotics in children Clinical Pediatrics april p.207-208

Haltiwanger K-A, Hayden G F, Weber T, Evans B.A, Possner A. B, (2001) Antibiotic seeking behavior in college students: What do they really expect? Journal of American College Health Vol. 50 no. 1 pp.09-14

Hendley J.O, (2002) Otitis Media New England Journal Medicine Vol. 347 No. 15 Oct.10, pp.1169-1174

Heritage J, Stivers T, (1999) Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations Social Science & Medicine Vol. 49 pp. 1501-1517

Hutchison J, Foley R, (1999) Method of physician remuneration and rates of antibiotic prescription. Canadian Medical Association Journal april 6 160 (7)

Lampasona V, Ebert S.C, Mullenix T.A, (1998) ASHP Statement on the Pharmacist's role in infection control American Journal Health-System Pharmacy Vol. 55 Aug 15 pp.1724-1726

Lasselain J, (1991) Self-perception of occupational roles by community pharmacists in the French health system. Journal of social and administrative pharmacy Vol.8 no.3 p.130-135

Llett K.F, Johnson S, Greenhill G, Mullen L, Brockis J, Golledge C.L, Reid D.B, (2000) Modification of general practitioner prescribing of antibiotics by use of a therapeutics adviser (academic detailee) British Journal Pharmacology Vol. 49 pp.168-173

- Madhavan S, Amonkar M.M, Elliot D, Burke K, Gore P, (1997) The gift relationship between pharmaceutical companies and physicians: an exploratory survey of physicians Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 22 pp. 207-215
- Mangione-Smith R, McGlynn A, Elliot M, Krogstad P, Brook R, (1999) The relationship between parental expectation and pediatrician antimicrobial prescribing behavior. Pediatrics Vol.103 no.4 april p.711-718
- Massé R, (1995) Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Ed. Gaëtan Morin pp. 499
- Mazzaglia G, Arcoraci V, Nicoletti G, Caputi AP, (1998) Patterns of antimicrobial drug prescription and prescriptive behaviour for acute otitis media among physicians in Sicily. Pharmacological research 37(5): 37(5) p.421-426, may
- McKinlay J.B, (1975) Journal of Health & Social Behavior, 16, 3-11
- Middleton H, (2000) Program targets antibiotic overuse. Pharmacy practice. January. <http://www.bizlink.com/Content/pharmacy/phpractice/2000/01-00/php010006.html>
- Murray D, (2002) Gifts: What's all the fuss about? Medical Economics Oct.11 19: 119
- Nyquist A-C, Gonzales R, Steiner J, Sande M.A, (1998) Antibiotic prescribing for children with colds, upper respiratory tract infections, and bronchiolitis Journal American Medical Association march 18, Vol.279, no.11 p. 875-877
- Ochoa C, Inglada L, Eiros J.M, Solis G, Vallano A, Guerra L, (2001) Appropriateness of antibiotic prescriptions in community-acquired acute pediatric respiratory infection in Spanish emergency rooms. Pediatric Infectious Disease Journal Vol. 20 (8) Aug. pp.751-758
- Orlowski J.M, Vinicky J.K, Edwards S.S, (1996) Conflicts of interest, conflicting interests, and interesting conflicts, Part 3 The journal of Clinical Ethics Vol.7 (2) pp. 184-186
- Paillé P, (1994) L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique, 23 p.147-181
- Pallares R, Gudiol F, Linares J, Ariza J, Rufi G, Murgui L, Dorca J, Viladrich PF, (1987) Risk factors and response to antibiotic therapy in adults with bacteremic pneumonia caused by penicillin-resistant pneumococci New England Journal Medicine Vol. 317 No. 1 Jul. 2, pp.18-22
- Palmer D, Bauchner H, (1997) Parent's and physician's views on antibiotics. Pediatrics 99 (6) URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/6/e6>

- Parsons T, (1939) The professions and Social Structure, Social Forces, 1939, Vol.17, no.4, p.457-467
- Parsons T, (1964) The social System, Glencoe, Illinois, Free Press pp.575
- Pflomm J-M, (2002) Strategies for minimizing antimicrobial resistance American Journal Health-System Pharmacy Vol. 59 Apr 15 Suppl 3 pp.S12-S15
- Pichichero M.E, (1998) Changing the treatment paradigm for acute otitis media in children. Journal American Medical Association june 3 Vol.279 no.1 pp.1748-1750
- Pichichero M.E, (2002) Dynamics of antibiotics prescribing for children Journal American Medical Association Jun.19 Vol. 287 (23) pp.3133-3135
- Pichichero M.E, Poole M.D (2001) Assessing diagnostic accuracy and tympanocentesis skills in the management of otitis media. Archives pediatrics adolescent medicine 155: p. 1137-1142
- Portmann M, Portmann D, (1991) Oto-rhino-laryngologie 4è édition Masson, Paris. 55-58
- Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayer R, Pires A-P, (1997) La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Ed. Gaëtan Morin, pp. 405
- Ranelli P.L, Biss J, (2000) Physician's perceptions of communication with and responsibilities of pharmacists Journal American Pharmaceutical Association 40 (5) pp.625-630
- Ray M.D, (1998) Shared borders: Achieving the goals of interdisciplinary patient care. American Journal Health-System Pharmacy Vol. 55 Jul 1 pp. 1369-1374
- Roark R, Petrofski J, Berson E, Berman S, (1995) Practice variation among pediatricians and family physicians in the management of otitis media. Archives pediatrics and adolescent medicine 149 aug p.839-844
- Ross A-P, (1998) Prospective study of antibiotic prescribing for children. Canadian family physician Vol.44 sept.p.1850-1857
- Rudolph M.A, Hoffman J, Rudolph C, (1996) Pediatrics 20è edition : Appleton & Lange. 162-163
- Saks M, (1983) Removing the blinkers? A critique of recent contributions to the sociology of professions pp. 1-21
- Sandelowski M, (1986) The problem of rigor in qualitative research. Advances in nursing science 8 (3) 27-37

- Savoie-Zajc L, (1997) L'entretien semi-dirigée. Dans B.Gauthier (éd), Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données (3^{ième} éd.) (pp.263-285). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec
- Schloss M, (1999) Treating acute otitis media: Proper diagnosis is the key. The Canadian Journal of diagnosis. Hiver 1999 supplément
- Schwartz R.H, Bishara J, Moshen Z, Sheridan M, (1997) Antimicrobial prescribing for acute purulent rhinitis in children: a survey of pediatricians and family practitioners. Pediatric Infectious Disease Journal Vol.16 no.2 p.185-190
- Shikhar R, Halpern M.T, McGann M, Palmer C, Seidlin M, (1999) The relation of Patient Satisfaction with Treatment of Otitis Externa to clinicla Outcomes: Development of an Instrument Clinical Therapeutics Vol. 21 no. 6 pp. 1091-1104
- Shwartz B, Mainous A.G.III, Marcy S.M, Why do physicians prescribe antibiotics for children with upper respiratory tract infections? Journal American Medical Association 279; pp. 881-882
- Smith W.E, Ray Max.D, Shannon D.M, (2002) Physicians' expectations of pharmacists American Journal Health-System Pharmacy Vol. 59 Jan 1, pp. 50-57
- Stivers T, (2002) Participating in decisions about treatment : overt parent pressure for antibiotic medicaiton in pediatric encounters. Social Science & Medicine Vol. 54 pp.1111-1130
- Strauss A.L, (1992) La trame de la négociation sociologie qualitative et interactionniste, Éditions l'Harmattan pp.319
- Talley R.C, (1997) Slowing the emergence of multidrug-resistant pathogen American Journal Health-System Pharmacy Vol. 54 Nov 1 pp. 2457
- Tesch R, (1990) The mechanics of interpretational qualitative analysis. In qualitative research : Analysis types and software tools (p.115-134). New York : Falmer Press
- Van Buchem F.L, Dunk J.H.M, Van't Hof M.A., (1981) Therapy of acute otitis media: myringotomy, antibiotics, or neither? The Lancet oct.24 p.883-887
- Wang E.L, Einarson T.R, Kellner J.D, Conly J.M (1999) Antibiotic prescribing for Canadian Preschool Children: evidence of overprescribing for viral respiratory infections, Clinical infectious diseases 29:155-160
- Wood V, (1997) AltiMed survey indicates need to promote non-traditional services. Pharmacy practice. June,
- http://www.bizlink.com/Content/pharmacy/phpractice/1997/06-97/f09_features.html

Annexes

Annexe I: Grille de codage

- (1) Contexte de pratique
 - (11) Clientèle
 - (12) Environnement et organisation du travail
 - (13) Relations avec les omnipraticiens
 - (131) Perceptions des relations
 - (14) Relations avec les pharmaciens communautaires
 - (141) Perceptions des relations
 - (15) Relations avec les représentants pharmaceutiques
 - (151) Perceptions des relations
- (2) Contexte clinique
 - (21) Diagnostic d'otite moyenne aiguë
 - (211) Jugement clinique de l'omnipraticien
 - (212) Jugement clinique du pharmacien communautaire
 - (213) Ambiguïté du diagnostic
 - (22) Traitement de l'otite moyenne aiguë
 - (221) Utilisation des antibiotiques
 - (2211) Situation conflictuelle par rapport aux antibiotiques
 - (2212) Perceptions face à la prescription à répétition, aux antibiotiques et à l'antibiorésistance
 - (2213) Facteurs d'influence sur l'utilisation des antibiotiques
 - (222) Alternatives (soulevés par omnipraticiens, pharmaciens et parents)
 - (23) Rôle professionnel
 - (231) Médecin (sa perception, celle des pharmaciens et des parents)
 - (2311) Limites et aspirations
 - (232) Pharmacien (sa perception, celle des omnipraticiens et des parents)

(2321) Limites et aspirations

- (3) Relations thérapeutique professionnel-parent
 - (31) Expériences et antécédents
 - (32) Interactions avec l'omnipraticien
 - (321) Attentes, demandes et perceptions
 - (33) Interactions avec le pharmacien communautaire
 - (331) Attentes, demandes et perceptions
- (4) Connaissances (des parents)
 - (41) Antibiotiques
 - (411) Perceptions, croyances et craintes
 - (42) Otite moyenne aiguë
 - (421) Dépistage, croyances et craintes
- (5) Solutions préconisées
 - (51) Aspect de la continuité des soins
 - (511) Vision de l'omnipraticien
 - (512) Vision du pharmacien communautaire
 - (513) Vision du parent
 - (52) Enseignement et éducation
 - (521) Vision de l'omnipraticien
 - (522) Vision du pharmacien communautaire
 - (523) Vision du parent
 - (53) Partage de l'information médicale
 - (531) Vision de l'omnipraticien
 - (532) Vision du pharmacien communautaire
 - (533) Vision du parent

Annexe II : Grille d'entretien des omnipraticiens

Contexte de pratique

Clientèle :

Depuis combien de temps pratiquez-vous?

Dans quel milieu travaillez-vous? (Seulement ici, autre clinique etc.)

Parmi votre clientèle, les enfants de moins de 5 ans occupent quelle proportion?

En voyez-vous de façon régulière? Est-ce que cette proportion varie? (Selon saisons, épidémies, âges, entrée en garderie, début d'école)

Représentation pharmaceutique :

Parlez-moi des rencontres avec les représentants pharmaceutiques...

Pouvez-vous me décrire comme cela se déroule? (Fréquence, visite au travail, contenu des discussions, profil de prescription, échantillons, invitations, cadeaux...)

Qu'en pensez-vous de ces rencontres? Trouvez-vous cela important de les rencontrer? Qu'est-ce que ça vous rapporte?

Diagnostic :

Est-ce commun les cas d'otites moyennes aiguës? Expliquez. (Variation selon tranches d'âges, membres d'une même famille, enfants et garderies...)

Est-ce qu'il y a des circonstances ou événements qui font que ça se présente plus souvent? (Population en général vs chez un même enfant vs dans la famille)

Si oui, à quoi cela serait dû? (Parents comprennent plus ou moins l'utilisation des antibiotiques, ne les finissent pas, dépistent mal les otites, hygiène de vie etc.)

Pharmacien communautaire :

Parlez-moi de vos contacts avec les pharmaciens communautaires. (Fréquence, raison du contact, contexte, situations de désaccords etc.)

Contexte clinique

Dans votre expérience de pratique, est-ce que vous avez des cas d'enfants avec des otites moyennes à répétition?

Que pouvez-vous faire? (Ambiguïté relié au traitement, difficultés à établir le diagnostic, obtention d'une opinion par un spécialiste, manque de continuité entre médecins, parents ne suivent pas les recommandations pour le traitement etc.)

Comment réagissent les parents? Ont-ils des questions?

Y a-t-il des motifs qui influencent votre décision sur le diagnostic d'otite moyenne aiguë et sur la prescription d'antibiotiques?

Qu'est-ce que ça implique de répéter plusieurs fois des prises d'antibiotiques chez un enfant?

Avez-vous recours au pharmacien?

Recherche de solutions

Est-ce qu'il y a une solution aux otites à répétitions et à la prise répétée d'antibiotiques? (Solutions alternatives?)

Quel est le rôle des parents dans cette problématique? (Perception des connaissances des parents face aux antibiotiques et aux otites)

Concrètement, quel est le rôle du pharmacien dans cette problématique? (Avertissement, vérificateur de dosage, conseil etc.)

Fiche signalétique

Votre lieu de formation :

Année d'obtention du diplôme :

Suivez-vous de la formation continue qui concerne la pédiatrie? Les antibiotiques et infections courantes chez les enfants?

Avez-vous d'autres activités professionnelles comme être membre d'un comité, chargé d'enseignement, membre d'association quelconque?

Annexe III : Grille d'entretien des pharmaciens communautaires

V

Contexte de pratique

Clientèle :

Depuis combien de temps pratiquez-vous?

Dans quel milieu travaillez-vous? (Plusieurs pharmacies, grosse chaîne vs petite pharmacie de clinique etc.)

Parmi votre clientèle, les enfants occupent quelle proportion? Et pour quels types de médicaments viennent-ils? (Situer la place des antibiotiques)

Remarquez-vous des périodes d'achalandages (Jour de la semaine, saison, épidémie, garderie etc.) Comment s'organise votre travail dans ce temps-là?

Omnipraticien :

Parlez-moi de vos contacts avec les médecins (Spécialités en particulier, fréquence, thème de la conversation, proximité favorise t-elle les contacts etc.)

Représentants pharmaceutiques :

Comment se passent les rencontres avec les représentants pharmaceutiques (Vague de prescription suivant la visite?)

Contexte clinique

Est-ce que ça se présente des cas de répétitions d'antibiotiques?

Donnez-moi des exemples...

Que pensez-vous de cela? (Perceptions sur la « surprescription »)

Qu'est-ce que vous pouvez faire dans ces situations? (Limites et aspirations de leur profession)

Face au parent : (Demande diagnostic, l'observance au traitement, pourquoi ont-ils des questions face à l'otite et aux antibiotiques)

Face au médecin : (Manque de continuité, contacte le médecin, investigue plus en profondeur)

Comment réagissent les parents? (Manifestent-ils quelque chose? Aller chercher les perceptions des pharmaciens sur les parents : croyances populaires, craintes reliées aux antibiotiques, alternatives aux antibiotiques etc.)

Recherche de solutions

Est-ce qu'il y a des solutions à ce problème de prescription à répétition?

Avec le médecin?

Avec les parents?

Comment ça se passe dans ces cas-là?

Est-ce qu'il y a une entente entre vous et le médecin?

Voyez-vous des stratégies alternatives aux antibiotiques? (Mesures préventives, enseignement à faire aux parents ...)

Fiche signalétique

Votre lieu de formation :

Année d'obtention du diplôme :

Suivez-vous de la formation continue qui concerne la pédiatrie? Les antibiotiques et infections courantes chez les enfants?

Avez-vous d'autres activités professionnelles comme être membre d'un comité, chargé d'enseignement, membre d'association quelconque?

Êtes-vous propriétaire ou salarié?

Annexe IV : Grille d'entretien des parents

1. Que savez-vous sur l'otite moyenne aiguë? Où avez-vous pris vos connaissances?
2. Votre enfant à une otite, il prend des antibiotiques, que connaissez-vous au sujet des antibiotiques en général? Où avez-vous pris ces connaissances?
3. Que faites-vous lorsque vous soupçonnez une otite chez votre enfant (quelles actions prenez-vous?)
4. Avant d'aller voir le médecin, à quoi vous attendiez-vous? Élaborer...(obtenir un diagnostic? Obtenir des antibiotiques?)
5. Lorsque vous êtes allé acheter les antibiotiques, aviez-vous des attentes face au pharmacien? Vous a-t-il donné des renseignements particuliers face aux antibiotiques et les suiviez-vous?
6. Avez-vous déjà entendu parler de la suprescription? Savez-vous ce que c'est la surprescription? Si oui, qu'est-ce que ça veut dire pour vous?
7. D'après vous, quel est le rôle du médecin et du pharmacien face à cette problématique?

Annexe V : Formulaire de consentement des omnipraticiens

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE DE L'ÉTUDE : La perspective selon les médecins omnipraticiens, les pharmaciens communautaires et les parents face au phénomène de prescription des antibiotiques aux enfants de moins de 5 ans souffrant d'otites moyennes aiguës.

RÉALISÉE DANS LE CADRE D'UNE MAÎTRISE EN SCIENCES : M.Sc PHARMACIE

CHERCHEURS : MÉLANIE ERNST (CANDIDATE À LA MAÎTRISE)
FACULTÉ DE PHARMACIE
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Johanne Collin, Ph.D. (Directrice)
Faculté de Pharmacie et GRASP
Université de Montréal

David Cohen, Ph.D. (Co-directeur)
École de Service Social et GRASP
Université de Montréal

SUBVENTIONS : FCAR (Équipe)
CQRS (Équipe)

1. INTRODUCTION

L'étude suggérée a pour but d'aller plus en profondeur dans la compréhension du phénomène de prescription en l'abordant dans une perspective qualitative et en se focalisant sur les attitudes, les perceptions et la dynamique entre médecins omnipraticiens, pharmaciens communautaires et parents.

2. BUTS ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'envergure de l'étude : cette étude consiste à recueillir les perceptions et attitudes d'une quinzaine de participants (médecins omnipraticiens, pharmaciens communautaires, parents) face au phénomène d'otites à répétition et au phénomène de prescription d'antibiotiques.

Les objectifs spécifiques sont :

- 1) Du point de vue des acteurs principaux (médecins omnipraticiens, pharmaciens communautaires, parents) : de mieux connaître leurs perceptions et leurs attitudes face à la prescription d'antibiotiques et face au phénomène de surprescription
- 2) Du point de vue de chaque acteur, déterminer le rôle qu'ils jouent dans ce phénomène.
- 3) À travers la perception des différents acteurs, explorer la dynamique relationnelle entre parents, médecins et pharmaciens dans la prescription des antibiotiques.

3. MODALITÉS ET CONDITIONS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Cette étude repose sur des entretiens semi-directifs avec des médecins omnipraticiens, des pharmaciens travaillant en pharmacie communautaire et des parents d'enfants de moins de cinq ans ayant des antécédents d'otites moyennes aiguës fréquentes ou à répétition. L'étude s'effectuera sur le territoire de Laval.

Vous serez interrogé(e) par un membre de l'équipe de recherche. L'entretien semi-dirigé sera d'une durée approximative d'une heure et s'effectuera, dans la mesure du possible, à votre domicile. Avec votre permission, elle sera enregistrée sur une cassette audio. Les thèmes abordés au cours de cet entretien seront les suivants :

- Description du contexte et de la relation qui s'établit avec le parent lors d'une consultation pour une otite moyenne aiguë
- Les facteurs pouvant influencer le contexte de prescription des antibiotiques
- Les motifs pouvant influencer votre décision à cet égard
- Votre perception du phénomène de la prescription d'antibiotiques, votre rôle, celui que le pharmacien communautaire peut jouer et celui des parents
- La situation idéale de prescription
- Les stratégies alternatives aux antibiotiques

Votre entretien sera retranscrit intégralement (verbatim). Le contenu sera analysé afin de faire ressortir les perceptions et attitudes des acteurs face au phénomène de surprescription des antibiotiques et du rôle perçu par chacun dans ce phénomène.

Vous serez interrogé(e) par un membre de l'équipe de recherche. L'entretien semi-dirigé sera d'une durée approximative d'une heure et s'effectuera, dans la mesure du possible, à

vos domicile. Avec votre permission, elle sera enregistrée sur une cassette audio. Les thèmes abordés au cours de cet entretien seront les suivants :

Ce projet a été approuvé par le comité multidisciplinaire d'éthique des sciences de la santé de l'Université de Montréal.

4. AVANTAGES À PARTICIPER

La participation à cette étude vous permettra de partager vos expériences et vos réflexions sur la prescription des antibiotiques.

En faisant part de vos attitudes et de vos perceptions, vous contribuerez à développer des solutions permettant d'atteindre des pratiques de prescription appropriée.

5. RISQUES ET INCONFORTS

Les désagréments sont liés à la contrainte de réserver environ une heure aux fins de la réalisation de l'entretien.

6. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ou de vous retirer de l'étude à n'importe quel moment. Votre décision de ne pas y participer ou de vous en retirer sera sans préjudice d'aucune sorte. Si vous vous retirez de l'étude après avoir été interrogé par un membre de l'équipe de recherche, le contenu de l'enregistrement sera détruit intégralement et immédiatement.

Lors de l'entretien, vous pouvez refuser d'aborder tel ou tel aspect ou encore décider, à n'importe quel moment, de mettre fin à l'entretien. Avec votre permission, nous aimerions

enregistrer celle-ci sur cassettes. Cet enregistrement a uniquement pour but de faciliter la recherche.

7. CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS

Que vous acceptiez ou non que l'entretien soit enregistré, les informations que vous pourrez fournir serviront uniquement aux fins de l'étude et seule l'équipe de recherche aura accès à ces informations. Nous nous engageons à préserver votre anonymat. Aussi, aucun renseignement qui permette de vous identifier ne sera divulgué à qui que ce soit et aucun lien ne pourra être établi entre vous et ce que vous pourrez dire lors de l'entretien .

L'enregistrement des entretiens sera conservé dans un lieu fermé à clé, et sera détruit à la fin de l'étude lorsque les analyses pertinentes auront été complétées.

8. INDEMNITÉ

Aucune indemnisation sera prévue pour votre collaboration à cette étude.

9. QUESTIONS AU SUJET DE L'ÉTUDE : PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer avec :

Mélanie Ernst [REDACTED] : [REDACTED]

Johanne Collin Tel. : 343-6193

10. PROBLÈMES D'ÉTHIQUE

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, expliquez vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la Santé, (faculté des Sciences Infirmières) Mme Jocelyne St-Arnaud (Téléphone (514) 343-7619). Suite à un entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-Josée Rivest (Téléphone (514) 343-2100).

CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de cette recherche m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes. Un délai suffisant pour prendre une décision éclairée s'est écoulé entre la réponse à mes questions et la signature du présent consentement.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude.

Je reconnais avoir reçu une copie de ce formulaire de consentement portant mon acceptation

Nom du sujet: _____

Signature: _____

Nom du témoin: _____

Signature: _____

Nom du chercheur : _____

Signature: _____

Date: _____

Annexe VI : Formulaire de consentement des pharmaciens communautaires

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE DE L'ÉTUDE : La perspective selon les médecins omnipraticiens, les pharmaciens communautaires et les parents face au phénomène de prescription des antibiotiques aux enfants de moins de 5 ans souffrant d'otites moyennes aiguës.

RÉALISÉE DANS LE CADRE D'UNE MAÎTRISE EN SCIENCES : M.Sc PHARMACIE

CHERCHEURS : MÉLANIE ERNST (CANDIDATE À LA MAÎTRISE)
FACULTÉ DE PHARMACIE
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Johanne Collin, Ph.D. (Directrice)
Faculté de Pharmacie et GRASP
Université de Montréal

David Cohen, Ph.D. (Co-directeur)
École de Service Social et GRASP
Université de Montréal

SUBVENTIONS : FCAR (Équipe)
CQRS (Équipe)

1. INTRODUCTION

L'étude suggérée a pour but d'aller plus en profondeur dans la compréhension du phénomène de prescription en l'abordant dans une perspective qualitative et en se focalisant sur les attitudes, les perceptions et la dynamique entre médecins omnipraticiens, pharmaciens communautaires et parents.

2. BUTS ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'envergure de l'étude : cette étude consiste à recueillir les perceptions et attitudes d'une quinzaine de participants (médecins omnipraticiens, pharmaciens communautaires, parents) face au phénomène d'otites à répétition et au phénomène de prescription d'antibiotiques.

Les objectifs spécifiques sont :

- 4) Du point de vue des acteurs principaux (médecins omnipraticiens, pharmaciens communautaires, parents) : de mieux connaître leurs perceptions et leurs attitudes face à la prescription d'antibiotiques et face au phénomène de surprescription
- 5) Du point de vue de chaque acteur, déterminer le rôle qu'ils jouent dans ce phénomène.
- 6) À travers la perception des différents acteurs, explorer la dynamique relationnelle entre parents, médecins et pharmaciens dans la prescription des antibiotiques.

3. MODALITÉS ET CONDITIONS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Cette étude repose sur des entretiens semi-directifs avec des médecins omnipraticiens, des pharmaciens travaillant en pharmacie communautaire et des parents d'enfants de moins de cinq ans ayant des antécédents d'otites moyennes aiguës fréquentes ou à répétition. L'étude s'effectuera sur le territoire de Laval.

Vous serez interrogé(e) par un membre de l'équipe de recherche. L'entretien semi-dirigé sera d'une durée approximative d'une heure et s'effectuera, dans la mesure du possible, à votre domicile. Avec votre permission, elle sera enregistrée sur une cassette audio. Les thèmes abordés au cours de cet entretien seront les suivants :

- Description du contexte et de la relation qui s'établit avec la parent lorsque l'ordonnance est effectuée
- Votre perception du phénomène de surprescription d'antibiotiques, votre rôle, celui que le médecin omnipraticien peut jouer et celui des parents
- La situation idéale entre médecin-patient-pharmacien
- Des alternatives face aux antibiotiques

Votre entretien sera retranscrit intégralement (verbatim). Le contenu sera analysé afin de faire ressortir les perceptions et attitudes des acteurs face au phénomène de surprescription des antibiotiques et du rôle perçu par chacun dans ce phénomène.

Ce projet a été approuvé par le comité multidisciplinaire d'éthique des sciences de la santé de l'Université de Montréal.

4. AVANTAGES À PARTICIPER

La participation à cette étude vous permettra de partager vos expériences et vos réflexions sur la prescription des antibiotiques.

En faisant part de vos attitudes et de vos perceptions, vous contribuerez à développer des solutions permettant d'atteindre des pratiques de prescription appropriée.

5. RISQUES ET INCONFORTS

Les désagréments sont liés à la contrainte de réserver environ une heure aux fins de la réalisation de l'entretien.

6. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ou de vous retirer de l'étude à n'importe quel moment. Votre décision de ne pas y participer ou de vous en retirer sera sans préjudice d'aucune sorte. Si vous vous retirez de l'étude après avoir été interrogé par un membre de l'équipe de recherche, le contenu de l'enregistrement sera détruit intégralement et immédiatement.

Lors de l'entretien, vous pouvez refuser d'aborder tel ou tel aspect ou encore décider, à n'importe quel moment, de mettre fin à l'entretien. Avec votre permission, nous aimerions enregistrer celle-ci sur cassettes. Cet enregistrement a uniquement pour but de faciliter la recherche.

7. CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS

Que vous acceptiez ou non que l'entretien soit enregistré, les informations que vous pourrez fournir serviront uniquement aux fins de l'étude et seule l'équipe de recherche aura accès à ces informations. Nous nous engageons à préserver votre anonymat. Aussi, aucun renseignement qui permette de vous identifier ne sera divulgué à qui que ce soit et aucun lien ne pourra être établi entre vous et ce que vous pourrez dire lors de l'entretien.

L'enregistrement des entretiens sera conservé dans un lieu fermé à clé, et sera détruit à la fin de l'étude lorsque les analyses pertinentes auront été complétées.

8. INDEMNITÉ

Aucune indemnisation sera prévue pour votre collaboration à cette étude.

9. QUESTIONS AU SUJET DE L'ÉTUDE : PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer avec :

Mélanie Ernst [REDACTED] [REDACTED]

Johanne Collin Tel. : 343-6193

10. PROBLÈMES D'ÉTHIQUE

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, expliquez vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la Santé, (faculté des Sciences Infirmières) Mme Jocelyne St-Arnaud (Téléphone (514) 343-7619). Suite à un entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-Josée Rivest (Téléphone (514) 343-2100).

CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de cette recherche m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes. Un délai suffisant pour prendre une décision éclairée s'est écoulé entre la réponse à mes questions et la signature du présent consentement.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude.

Je reconnais avoir reçu une copie de ce formulaire de consentement portant mon acceptation

Nom du sujet: _____

Signature: _____

Nom du témoin: _____

Signature: _____

Nom du chercheur : _____

Signature: _____

Date: _____

Annexe VII : Formulaire de consentement des parents

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

TITRE DE L'ÉTUDE : La perspective selon les médecins omnipraticiens, les pharmaciens communautaires et les parents face au phénomène de prescription des antibiotiques aux enfants de moins de 5 ans souffrant d'otites moyennes aiguës.

RÉALISÉE DANS LE CADRE D'UNE MAÎTRISE EN SCIENCES : M.Sc PHARMACIE

CHERCHEURS : MÉLANIE ERNST (CANDIDATE À LA MAÎTRISE)
FACULTÉ DE PHARMACIE
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Johanne Collin, Ph.D. (Directrice)
Faculté de Pharmacie et GRASP
Université de Montréal

David Cohen, Ph.D. (Co-directeur)
École de Service Social et GRASP
Université de Montréal

SUBVENTIONS : FCAR (Équipe)
CQRS (Équipe)

1. INTRODUCTION

L'étude suggérée a pour but d'aller plus en profondeur dans la compréhension du phénomène de prescription en l'abordant dans une perspective qualitative et en se focalisant sur les attitudes, les perceptions et la dynamique entre médecins omnipraticiens, pharmaciens communautaires et parents.

2. BUTS ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'envergure de l'étude : cette étude consiste à recueillir les perceptions et attitudes d'une quinzaine de participants (médecins omnipraticiens, pharmaciens communautaires, parents) face au phénomène d'otites à répétition et au phénomène de prescription d'antibiotiques.

Les objectifs spécifiques sont :

- 7) Du point de vue des acteurs principaux (médecins omnipraticiens, pharmaciens communautaires, parents) : de mieux connaître leurs perceptions et leurs attitudes face à la prescription d'antibiotiques et face au phénomène de surprescription
- 8) Du point de vue de chaque acteur, déterminer le rôle qu'ils jouent dans ce phénomène.
- 9) À travers la perception des différents acteurs, explorer la dynamique relationnelle entre parents, médecins et pharmaciens dans la prescription des antibiotiques.

3. MODALITÉS ET CONDITIONS DE PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Cette étude repose sur des entretiens semi-directifs avec des médecins omnipraticiens, des pharmaciens travaillant en pharmacie communautaire et des parents d'enfants de moins de cinq ans ayant des antécédents d'otites moyennes aiguës fréquentes ou à répétition. L'étude s'effectuera sur le territoire de Laval.

Vous serez interrogé(e) par un membre de l'équipe de recherche. L'entretien semi-dirigé sera d'une durée approximative d'une heure et s'effectuera, dans la mesure du possible, à votre domicile. Avec votre permission, elle sera enregistrée sur une cassette audio. Les thèmes abordés au cours de cet entretien seront les suivants :

- Vos connaissances sur l'otite moyenne aiguë et les antibiotiques
- Vos attentes face à la consultation médicale et lors de votre visite chez le pharmacien
- Votre perception du phénomène de la prescription d'antibiotiques, votre rôle, celui que le médecin omnipraticien et celui du pharmacien communautaire
- Des actions prises lorsque l'enfant a une otite

Votre entretien sera retranscrit intégralement (verbatim). Le contenu sera analysé afin de faire ressortir les perceptions et attitudes des acteurs face au phénomène de surprescription des antibiotiques et du rôle perçu par chacun dans ce phénomène.

Vous serez interrogé(e) par un membre de l'équipe de recherche. L'entretien semi-dirigé sera d'une durée approximative d'une heure et s'effectuera, dans la mesure du possible, à votre domicile. Avec votre permission, elle sera enregistrée sur une cassette audio. Les thèmes abordés au cours de cet entretien seront les suivants :

Ce projet a été approuvé par le comité multidisciplinaire d'éthique des sciences de la santé de l'Université de Montréal.

4. AVANTAGES À PARTICIPER

La participation à cette étude vous permettra de partager vos expériences et vos réflexions sur la prescription des antibiotiques.

En faisant part de vos attitudes et de vos perceptions, vous contribuerez à développer des solutions permettant d'atteindre des pratiques de prescription appropriée.

5. RISQUES ET INCONFORTS

Les désagréments sont liés à la contrainte de réserver environ une heure aux fins de la réalisation de l'entretien.

6. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ou de vous retirer de l'étude à n'importe quel moment. Votre décision de ne pas y participer ou de vous en retirer sera sans préjudice d'aucune sorte. Si vous vous retirez de l'étude après avoir été interrogé par un membre de l'équipe de recherche, le contenu de l'enregistrement sera détruit intégralement et immédiatement.

Lors de l'entretien, vous pouvez refuser d'aborder tel ou tel aspect ou encore décider, à n'importe quel moment, de mettre fin à l'entretien. Avec votre permission, nous aimerions enregistrer celle-ci sur cassettes. Cet enregistrement a uniquement pour but de faciliter la recherche.

7. CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES INFORMATIONS

Que vous acceptiez ou non que l'entretien soit enregistré, les informations que vous pourrez fournir serviront uniquement aux fins de l'étude et seule l'équipe de recherche aura accès à ces informations. Nous nous engageons à préserver votre anonymat. Aussi, aucun renseignement qui permette de vous identifier ne sera divulgué à qui que ce soit et aucun lien ne pourra être établi entre vous et ce que vous pourrez dire lors de l'entretien .

L'enregistrement des entretiens sera conservé dans un lieu fermé à clé, et sera détruit à la fin de l'étude lorsque les analyses pertinentes auront été complétées.

8. INDEMNITÉ

Aucune indemnisation sera prévue pour votre collaboration à cette étude.

9. QUESTIONS AU SUJET DE L'ÉTUDE : PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer avec :

Mélanie Ernst [REDACTED] : [REDACTED]

Johanne Collin Tel. : 343-6193

10. PROBLÈMES D'ÉTHIQUE

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, expliquez vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la Santé, (faculté des Sciences Infirmières) Mme Jocelyne St-Arnaud (Téléphone (514) 343-7619). Suite à un entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-Josée Rivest (Téléphone (514) 343-2100).

CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés qui seront utilisés, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de cette recherche m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes. Un délai suffisant pour prendre une décision éclairée s'est écoulé entre la réponse à mes questions et la signature du présent consentement.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude.

Je reconnais avoir reçu une copie de ce formulaire de consentement portant mon acceptation

Nom du sujet: _____

Signature: _____

Nom du témoin: _____

Signature: _____

Nom du chercheur : _____

Signature: _____

Date: _____

Annexe VIII : Fiche signalétique des médecins omnipraticiens

| | Lieu de formation | Année d'obtention du diplôme | Formation continue (FC) ou membre d'un comité | Contexte de pratique (CH:centre hospitalier) |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---|--|
| Médecin 1 (femme) | Université Laval | 1994 | Assure elle-même sa FC en obstétrique- gynécologie et pédiatrie | Clinique privée, 4 jours/mois en CH. Enseigne 1jr/semaine dans une institution universitaire |
| Médecin 2 (femme) | Université de Sherbrooke | 1996 | Participe à des congrès. Formation à l'hôpital surtout en périnatalité | 1sem sur 6 en CH. Clinique privée 4jrs/semaine |
| Médecin 3 (homme) | Université de Montréal | 1978 | Participe à des congrès en pédiatrie | 25% en CH 75% en clinique privée |
| Médecin 4 (homme) | Université de Montréal | 1994 | A déjà été président d'une association dans le passé | Clinique privée, tournée de ses patients en CH. Fait 250 accouchements/année |

Annexe VIX : Fiche signalétique des pharmaciens communautaires

| | Lieu de formation | Année d'obtention du diplôme | Formation continue ou membre d'un comité | Propriétaire vs salarié |
|-------------------------|------------------------|------------------------------|--|--|
| Pharmacien 1 (femme) | Université de Montréal | 1985 | Formation : une fois l'an dans un centre hospitalier pédiatrique | Propriétaire de 3 pharmacies, travaille 50hres/semaine et fait de la gestion |
| Pharmacien 2 (homme) | Université de Montréal | 1998 | Formation assurée par la chaîne de pharmacie pour laquelle il travaille. Fait ses propres lectures | Salarié, travaille 35-40hres/semaine |
| Pharmacien 3 (femme) | Université de Montréal | 1986 | Fait ses propres lectures | Propriétaire de 2 pharmacies, travaille 40-50 hres/semaine, fait de la gestion |
| Pharmacien 4 (femme) | Université de Montréal | 1997 | Fait ses propres lectures | Salariée, travaille 40hres/semaine |